

Mural em São Gabriel da Cachoeira - AM / ARTISTA: Raiz Campos

Série Saúde & Amazônia, 5

Trabalho, cuidado e saúde: caminhos dos serviços e da pesquisa na Amazônia

Organizadores

Eric Campos Alvarenga
José Mário Barbosa de Brito
Laura Soares Martins Nogueira
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira



Série Saúde & Amazônia, 5

Organizadores:

Eric Alvarenga
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
José Mário Barbosa de Brito
Laura Nogueira

Trabalho, cuidado e saúde:
caminhos dos serviços e da
pesquisa na Amazônia

COORDENADOR NACIONAL DA REDE UNIDA

Júlio César Schweickardt

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Alcindo Antônio Ferla

CONSELHO EDITORIAL

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Ángel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália
Ardigo Martino – Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Françisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabela Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Hêider Aurélio Pinto – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Bôer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliane Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil
Renan Albuquerque Rodrigues – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/ Amazonas, Brasil
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglianian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Alcindo Ferla

Diagramação / Arte da Capa

Junio Pontes

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Revisão

Júlio César Schweickardt

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

T758 Trabalho, cuidado e saúde : caminhos dos serviços e da pesquisa na Amazônia
 [recurso eletrônico] / organizadores Eric Alvarenga ... [et al.] - 1.ed. - Porto
 Alegre : Rede UNIDA, 2018.
 289 p. : il. - (Série Saúde & Amazônia, v. 5)

ISBN: 978-85-54329-03-7
 DOI: 10.18310/9788554329037

1. Saúde do trabalhador. 2. Trabalho. 3. Saúde - Amazonas.. 4. Sistema Único
 de Saúde. I. Alvarenga, Eric. II. Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro. III. Brito,
 José Mário Barbosa de. IV. Nogueira, Laura. V. Série.

CDU: 614(811.3)
 NLM: WA400

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
 Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

editora



redeunida

Série Saúde & Amazônia, 5

Organizadores:

Eric Alvarenga
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
José Mário Barbosa de Brito
Laura Nogueira

Trabalho, cuidado e saúde:
caminhos dos serviços e da
pesquisa na Amazônia

1ª Edição
Porto Alegre/RS 2018
Rede UNIDA



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO (<i>Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos</i>)	08
INTRODUÇÃO (<i>Eric Alvarenga, Laura Nogueira, José Mário Barbosa de Brito, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira</i>)	15
SENTIMENTO DE CANSAÇO: EXPRESSÃO DO TRABALHO DOCENTE NO COTIDIANO (<i>Laura Câmara Lima, Ana Cláudia Sierra Marques</i>)	18
DAS VIDAS QUE NÃO SE CONTAM: UMA ANÁLISE DA POPULAÇÃO EM MEDIDA DE SEGURANÇA NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO PARÁ (<i>Alyne Alvarez Silva, Maria Cristina Gonçalves Vicentin</i>)	34
O TRABALHO DE OPERADORA DE CAIXA DE SUPERMERCADO: UMA PROPOSTA DE ESTUDO COM BASE NA PSICODINÂMICA DO TRABALHO (<i>Ana Carolina Secco de Andrade Mélou, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Laura Soares Martins Nogueira</i>).....	58
DESMANTELAMENTO DOS DIREITOS TRABALHISTAS, BIOPOLÍTICA E A RACIONALIDADE NEOLIBERAL, NO BRASIL: PROJETO DE LEI 4330 (<i>Flavia Cristina Silveira Lemos, Dolores Galindo, Henrique Oliveira Lee, Kátia Farias Aguiar, Evelyn Tarcilda Almeida Ferreira</i>)	81
DISFUNÇÕES TÊMPOROMANDIBULARES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICOS FRAGMENTADOS E ÔNUS AO TRABALHADOR (<i>João Rodolfo Hopp</i>)	93
PRODUÇÃO DO ALUMÍNIO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: IMPACTOS NO AMBIENTE E NA SAÚDE DOS TRABALHADORES (<i>Laura Soares Martins Nogueira, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira</i>)	118
"EU TENHO MEDO É DOS VIVOS": ANÁLISE PSICODINÂMICA DO TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DA MEDICINA LEGAL (<i>Renata Sabrina Maciel Lobato Louzada, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Laura Soares Martins Nogueira</i>)	139

SAÚDE E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL DO AMAZONAS (<i>Socorro de Fatima Moraes Nina, Rosangela Dutra de Moraes</i>)	159
EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO MECANISMO INDUTOR DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE (<i>Geysel Aline Rodrigues Dias, Márcia Maria Bragança Lopes, Eric Campos Alvarenga</i>)	180
AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE (<i>Rosana Aparecida Brito Ribeiro, Lucila Brandão Hirooka</i>)	193
O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM AVALIADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE (<i>Priscila Araújo Evangelista, Lucila Brandão Hirooka</i>)	206
SINTOMA CONVERSIVO, NEUROSES ATUAIS E FENÔMENOS PSICOSSOMÁTICO: O QUE O CORPO TEM A DIZER? (<i>Ingrid Porto de Figueiredo, Roseane Freitas Nicolau</i>)	218
O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE SOCIOEDUCADORES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM (<i>Letícia Alves Souza, Marina Lima de Oliveira, Marizete Lopes Xavier</i>)	238
O ORDENAMENTO JURÍDICO DO ASSÉDIO MORAL NO BRASIL E EM PAÍSES SELECIONADOS (<i>Nathália da Silva Nunes, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Maria Lúcia Chaves Lima</i>)	251
POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE NO TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA: O CASO DO MÉDIO TAPAJÓS/PA (<i>Franciclei Burlamaque Maciel, Júlio Cesar Schweickardt, Rodrigo Tobias de Sousa Lima</i>)	264
AUTORES	279



➤ APRESENTAÇÃO

Introduzir esta pretenciosa Introdução com Caetano, com a “*dor e a delícia*”¹ de procurar entender a delícia que se mostra e a dor que se esconde, espargidas nessas próximas páginas, é um desafio que, sabe-se lá porque, enfrento.

Fazer ciência social, hoje no Brasil, é delícia e dor.

E, mais, é corrida de obstáculos.

É delícia por poderem, os pesquisadores com sua abnegada missão de desnudar a crua jornada de sofrimento dos trabalhadores, trazer à tona as realidades submersas, esquecidas, negligenciadas.

É dor por verem, os pesquisadores, diante de suas pesquisas realizadas, a inépcia dos sucessivos governantes, de todos os matizes, em não promoverem as políticas públicas que essas mesmas pesquisas demonstram ser necessárias e, até ao contrário, dão-lhes - os governantes - de ombros.

É corrida de obstáculos por terem, os pesquisadores do andar de baixo, que enfrentar os pesquisadores do andar de cima que se arvoram o poder de decidir sobre o que deve e pode ser escrito, do como deve e como pode ser escrito, do como deve e pode ser feita a pesquisa em ciências sociais e que deve haver uma pureza “imaculada” nesse “tipo” de produção científica.

Não gostam, os arvorados, de poesia, não gostam de ciência com literatura, com arte, não gostam de gostar das coisas “impuras” da forma como estão na realidade do mundo, tais como dar nome às coisas do mundo, inclusive pessoas e, principalmente, instituições opressoras, ou entremear, na produção científica, a delícia de retratar a poesia do trabalho digno e a dor da realidade do trabalho indigno.

Metodologias de pesquisa engessadas burocraticamente não

¹ Dom de iludir – Caetano Veloso

deixam gostar. Comitês de ética “rigorosamente científicos” não deixam gostar. Pares avaliadores da produção acadêmica em ciências sociais não deixam gostar. O mercantilismo e o produtivismo que imperam na produção científica não deixam gostar.

Pois bem que ainda temos luzes na estrada que, para fugir das rigorosas exigências, dão nome de FLOR a todas as mulheres da pesquisa. Por sorte, aqui comparadas nas próximas páginas. Afinal, todas as mulheres são FLORES, ou deveriam ser.

Próximas páginas, aliás, onde tudo cheira a trabalho: a delícia de seu perfume, enquanto elemento central da vida, e a dor da opressão de que sabem bem do que se trata os trabalhadores e as trabalhadoras aqui retratados.

Trabalhadoras rurais da Amazônia - as FLORES -; trabalhadores da morte - os que têm medo dos vivos -; trabalhadores e trabalhadoras da saúde - cuidadores que não são cuidados -; socioeducadores - aprisionados tanto quanto os suspeitos de sempre -; trabalhadores encurralados no trabalho fugindo pela via dos fenômenos psicossomáticos; operadoras com suas dignidades encaixotadas nos supermercados... páginas de maior dor do que delícias.

A sempre instigante transdisciplinaridade, também trazida nas próximas páginas, leva a tatuar em nossos olhos de leitor a pequena e singela partícula trans. *Trans* é bom para o bem e *trans* é bom para expelir o mal.

Trans-formar o mundo do trabalho, por exemplo, naquilo que se espera do trabalho: fonte de vida e não de morte. *Trans-formar* o SUS naquilo em que ele não deveria ter sido transformado: moeda de troca de mercenários e mercadores de plantão.

Ah! *Trans-também-formar* um outro Estado brasileiro. Um Estado distinto desse aí ajoelhado diante do poder econômico, em genuflexão do crédulo rendendo-se ao demônio. Demônio polidisciplinarizado de *darwinismo social, reestruturação produtiva, desregulamentação, terceirização, insegurança jurídica, empreendedorismo, grandes empreendimentos*. Há um genocídio incontrolável perpetrado pelos “grandes empreendimentos”, no Brasil. Seja na cadeia do alumínio, no agronegócio, nas grandes obras viárias e hidrelétricas, na mineração (vide Samarco et cetera), na extração da ma-

deira, seja onde estiver o “grande”, estará lá, também, o grande descaso com a nossa gente.

Tudo por aí é grande: as grandes falcatruas, os grandes conchavos, as grandes devastações e contaminações ambientais, os grandes números da saúde do trabalhador no Brasil.

Os 700 mil acidentes e doenças do trabalho anuais de trabalhadores formais, oficialmente reconhecidos, expressam, segundo várias pesquisas, uma parte ínfima do que ocorre de verdade. Genocídio incontestável. Trabalhar dignamente é muito perigoso, é perigoso para construir o nosso país, é perigoso para a acumulação do capital, muito perigoso. Se para Guimarães Rosa “*viver é muito perigoso*”, para nós, pesquisadores da saúde do trabalhador, trabalhar no Brasil é muito perigoso. Dignidade não combina com exploração e opressão. É perigoso ser feliz no trabalho, sabendo-se que adoecer ou morrer trabalhando é uma questão de segundos ou centímetros.

A delícia do perfume do trabalho, na mão dos que nos governam ajoelhados, exala o odor a que os trabalhadores da morte acabam se acostumando. Como aliás todos o fazemos. Acostumamo-nos.

Tudo a ser conferido como flashes de nossas realidades nas próximas páginas... Das próximas páginas brotam reflexões necessárias para empunhar a ciência como arma de emancipação e dignificação do humano. Não tem qualquer sentido fazer ciência para contabilizar publicações. Se não há equívoco nisso, o equívoco está na defesa da humanidade.

Se nas próximas páginas aparece a captura da subjetividade pelo capital, melhor seria chamá-la de captura da alma. E nem o capital nem a ciência oficial poderão capturá-la, o tempo está aí para provar nossa utopia, ainda que não o prove a nossos olhos.

A rigor, o que brota desse desafio de estar aqui introduzindo a Introdução, são duas sensações que me perturbam na condição de brasileiro e pesquisador.

Uma, a de ser brasileiro num contexto de perda de referenciais político-partidários, cujos ideais, antes, para mim, bem delimitados nos distintos referenciais, foram embotados por estranhamentos e distanciamentos das lutas originais, justificativas injustificáveis de negação de ideais e uma tudo-junto-e-misturança de alhos com bugalhos.

Outra, a de ser pesquisador acadêmico em saúde do trabalhador, no âmbito de uma academia que não reconhece o trabalho como categoria central da vida e considera o pensamento marxista sobre o mundo das coisas, ou sobre as coisas do mundo, um capítulo da arqueologia ou, sabe-se lá, da paleontologia. Às favas com a filosofia insuperável da explicação das coisas do mundo sobre a exploração e a opressão no trabalho.

Parece que caminhamos, mesmo, para a sociedade do cansaço, como observa Byung-Chul Han. Novamente o *trans*. Ao *trans-por* o paradigma da sociedade disciplinar, a sociedade do desempenho torna-se a sociedade da auto-exploração. “*O sujeito de desempenho explora a si mesmo, até consumir-se completamente...*” O inconsciente social é tomado pela maximização do consumo porque ele já está *trans*-transformado (*trans*-tornado) pela maximização da produção.

Escrever um livro, nesse contexto, não pode ser algo que não *trans*-ponha o óbvio, sob pena de não... *transpor* o óbvio.

Nas próximas páginas, a par do reconhecido esforço dos autores de *trans-por* o óbvio, é fundamentalmente mais *trans* que o leitor o faça.

Extraír, na solidão de sua subjetividade, aquilo que lhe toca no fundo, é uma obrigação de um leitor comprometido com a *trans*-posição do óbvio, ou *trans*-posição do mesmo, para ser óbvio.

Cada vez mais, a produção acadêmica, nas ciências sociais, restringe-se a fazer mais do mesmo. Dissertações de mestrado, pouco a pouco, vão se transformando em revisões bibliográficas. Na sociedade do cansaço, o desempenho garantido é... fazer mais do mesmo.

Campo empírico, pesquisa de campo, ouvir pessoas – suas dores, suas alegrias –, dar nomes a elas, é tarefa para cientistas? Parece que cada vez menos. Jornalistas, atualmente, parecem ser fontes mais fiéis à realidade quando tratam dos temas afeitos às ciências sociais, pelo menos enquanto a censura política, científica, ou seja que diacho for, não chegue... Às favas o componente histórico das ciências sociais. Às favas a empiria das grandes descobertas das pesquisas, hoje cada vez mais desestimuladas e desaconselhadas. O tempo do produtivismo emperra o tempo do pesquisador aluno ou professor.

Carlos Heitor Cony dizia que o otimista é o sujeito mal informado. Digamos que, para não contradizê-lo, mesmo bem informados

de a quantas andam as coisas, somos otimistas: a política oficial e a ciência oficial vão mudar! Precisam mudar, têm que mudar!

No caso da ciência oficial, poderemos ter pesquisadores sociais fazendo o que tem que ser feito, como aliás faziam os grandes cientistas da medicina, da antropologia, da psicologia, da biologia. Ia é uma rima rica para a poesia na pesquisa. O pesquisador ia, agora pouco vai. O paradoxo da fartura acessível das informações, sob a ordem do produtivismo, confina o pesquisador, artista das ciências sociais, a não ir aonde o povo está. Não é mais como já foi. *“Cantar era buscar o caminho que vai dar no sol. Tenho comigo as lembranças do que eu era. Para cantar nada era longe, tudo tão bom.”*²

A ACADEMIA ESTÁ CADA VEZ MAIS DISTANTE DE ONDE O POVO ESTÁ.

Nessa incumbência de discorrer sobre coisas tão caras de autores raros que empenharam seus corações e mentes nessas páginas, devo me policiar. Não posso, não devo, agir com raiva! Embora a raiva seja a primeira palavra que nos vem à cabeça ao ver as condições dos trabalhadores brasileiros, como trabalham, como vivem, como sobrevivem, como adoecem, como morrem.

É preciso *trans*-formar a raiva em *trans*-indignação. Indignação que *trans*-ponha os muros da academia, para o seu interior, de fora pra dentro, para depois *trans*-por-se afora. Que pule os muros. Que a indignação escale o bunker do conhecimento enclausurado nos narizes empinados dos que fazem ciência social para si e não para quem de direito.

A construção do conhecimento em ciências sociais sem a participação dos “sociais” é construção capenga, não resiste à primeira chuva nem ao primeiro sol escaldante do tempo participativo de produzir conhecimento. É construção de uma elite intelectual blindada àqueles a quem pesquisa. Que saia a raiva, que entre a *trans*-indignação (uma raiva controlada e *trans*-formada em ação).

Assim como fazer políticas sociais sem os “sociais” é não-política, é politicagem, no seu máximo, e maracutaia, no seu mínimo, que as ciências sociais e as políticas sociais *trans*-mutem-se e assumam que a participação da comunidade, do povo, enfim, na produção de conhecimentos

² Nos bailes da vida – Milton Nascimento e Fernando Brant

e na produção da política é sua condição inevitável de existência.

E para *trans*-itar da raiva à indignação, é preciso recorrer ao amor...

Ideias, compromissos, abnegações, vidas dedicadas, emoções, coisas não ditas, proibições pela ciência oficial do que deveria ser dito, investimentos pessoais, estão impregnadas nos autores das próximas páginas. Nelas há cansaço, suor e, principalmente, poesia. Poesia ainda que amargurada.

No Programa Doença da Família, na Vila do Engenho, no Lago do Batata há poesia. Há poesia na lápide do necrotério, onde jaz o cadáver putrefeito, e o trabalhador invisibilizado pela sociedade dos “vivos” recebe o abraço dos familiares por terem, finalmente, um corpo para velar. Vale até uma foto. Por certo não o selfie da sociedade do cansaço.

Há amor borrifado de suor e lágrimas nas próximas páginas, mas é dado ao leitor descobri-lo. O garimpo do amor, enrustido, recôndito, nas próximas páginas, é menos árduo do que o garimpo dos que abandonam tudo para encontrar quase nada, quando encontram. Eugene Debs, sindicalista americano, morto em 1926, fundador do Partido Socialista dos EUA, dizia que *“Nada é mais humilhante do que ter que implorar por trabalho. E um sistema no qual qualquer homem tem de implorar, o trabalho está condenado. Ninguém pode defendê-lo.”*³

Falar de amor não é piada num texto acadêmico. É uma bandeira epistemológica. Os milhares, milhões, de artigos científicos que proliferam nas bases de dados são alertas não ouvidos, evidências não consideradas, desgraças anunciadas, retratos cruéis de uma realidade intocada, papéis engavetados que sangram de realidade social.

Talvez lhes falte, na sua incapacidade de *trans*-formar o mundo, o exercício do amor pelos sujeitos da pesquisa. Um amor pela sua incorporação como sujeitos da *trans*-formação, esses sim, os que podem. Como, aliás, exala o perfume das próximas páginas, em algumas de suas expressões de amor: *peessoas com deficiência e loucos como sujeitos de direitos; exercício contínuo de resistência para a manutenção ou criação de espaços e práticas de liberdade; movimentos e associações de usuários e familiares na conquista da cidadania;*

³ Ver Editorial Boletim nº 30 – www.multiplicadoresdevisat.com

horizontalização das relações de poder; deter o olhar nos invisíveis, nos indesejáveis, nas vidas que não são contadas e sobre as quais nada se conta; educação permanente em saúde como prática trans-formadora; enfim, a construção social do sujeito.

Que nos guie a alteridade.

Que essas próximas páginas sejam habilmente garimpadas.

Que a ciência social mude a sua cara.

E que a política que rege a coisa pública se envergonhe de sua cara.

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Pesquisador do Departamento de Direitos Humanos,
Saúde e Diversidade Cultural da Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP
Fundação Oswaldo Cruz.



➤ **INTRODUÇÃO**

Um livro é um fruto de esforços que muitas vezes nos fazem refletir e inspiram novas floradas em um tempo que o simples ato de existir já deve ser comemorado. O caso que apresentamos é condizente com a reflexão que pesquisadores e pesquisadoras da Região Norte e Amazônica do Brasil vem realizando em suas pesquisas e produções acadêmicas, em conjunto com parceiros e instituições nacionais.

Trata-se de uma experiência que busca dialogar com a resistência no campo da pesquisa em Ciências Humanas e Sociais, especialmente, no campo do trabalho, cuidado e saúde. Descobrimos em nosso fazer cotidianos que há um protagonismo muito importante nas relações sociais advindo dos trabalhadores e das trabalhadoras que humanizam o mundo e o transformam a sua imagem e semelhança. Mas, seu trabalhar não é impune, pois, depois de mais de dois séculos após o surgimento e organização do sistema capitalista global, não há como deixar de afirmar que as condições de trabalho, o modo operatório de cada um e o trabalhar como fruto da atividade concreta deixam marcas nas suas condições de vida e de saúde.

A Coletânea que apresentamos foi elaborada por pesquisadores e pesquisadoras, em sua ampla maioria integrantes do campo da saúde do trabalhador, e vêm construindo reflexões sobre esse campo em um ambiente que experimenta transformações de forma muito rápida em nome de um desenvolvimento subalterno pelo rentismo e pelo processo de financeirização, em que o uso da floresta e da terra são utilizados em larga escala para a reprodução do capital. Encontramos poucas experiências de resistência para que tais ativos sejam transformados em bens coletivos e sociais, como consagra a Constituição de 1988.

Esses pesquisadores e pesquisadoras integram em sua grande parte as universidades da região Amazônica, são vinculados majoritariamente a programas de pós-graduação na área das humanidades e da Psicologia em especial. Destacamos como interlocutores fundamentais os que estão vinculados à Universidade Federal do Pará e do Amazonas e a Fundação Jorge Duprat de Figueiredo – Fundacentro. Além do que, muito do esforço apresentado aqui foi financiando por Agências de Fomento, como a Coordenação

de Pessoal de Nível Superior - CAPES e o Conselho Nacional de desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq, que foram essenciais para forjar as parcerias e garantir a promoção e a articulação das produções encontradas aqui.

Por outro lado, não é um livro endógeno, que dialoga apenas com pesquisadores da região, como já nos referimos anteriormente. Buscamos nos aproximar de colegas de outros núcleos de pesquisa que dialogam em rede com as instituições que fazemos parte. A Fundação Oswaldo Cruz-Fiocruz e a Escola do Nacional de Saúde Pública, por meio do seu Centro de Saúde Trabalhador e Ecologia Humana - CESTH do Rio de Janeiro e a Fundacentro têm sido marcadas pelas reflexões que em muito se relacionam com as nossas. E seus pesquisadores, em conjunto com o Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP, Universidade do Rio Grande do Sul, Instituto Leônidas e Maria Deane - Fiocruz/AM e Universidade Federal do Amazonas e do Pará têm contribuído enormemente para o processo de nucleação dos pesquisadores em nossa região.

Os temas: cuidado, trabalho e saúde expostos aqui revelam não apenas a corporeidade inscrita na vida dos trabalhadores e trabalhadoras que são os reais protagonistas de nossas pesquisas e reflexões realizadas ao longo de mais de 20 anos. Ao produzir e articular esta coletânea, pensamos na defesa da vida, nos seus múltiplos, e, sobretudo, a produção cultural, a gestão do trabalho e da educação em saúde. Formas de resistir onde o princípio da arte está em garantir o nosso viver. A partir de temas trans e interdisciplinar apresentados ao longo dos capítulos, nos implicamos com o cuidado, trabalho e saúde.

Por fim, este trabalho não seria possível sem a parceria com a Associação Brasileira REDE UNIDA, que além de articuladora e militante nas questões da gestão do trabalho e da educação em saúde organizou uma linha temática em sua editora para que os pesquisadores da Região Amazônica pudessem publicar seus trabalhos e desvelar as questões que vamos vivenciando nas marcas profundas desse território, onde os rios são ruas e as estradas - ou a falta delas - muitas vezes, são barreiras para a nossa integração. Ainda assim, enclaves se organizam. Para mudar tal lógica é necessário que nossas populações sejam ouvidas. Essa é a tentativa de quem faz por meio da pesquisa a reflexão sobre esse território. Agora é ler e reinterpretar

a vida, a resistência e os sonhos para que políticas públicas sejam resgatadas e garantam dias de esperança para o nosso povo.

Os Organizadores

Eric Alvarenga

Laura Nogueira

José Mário Barbosa de Brito

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira



➤ **SENTIMENTO DE CANSAÇO: EXPRESSÃO DO TRABALHO DOCENTE NO COTIDIANO**

Laura Câmara Lima
Ana Cláudia Sierra Marques

TRABALHO DOCENTE: IMATERIALIDADE ENTRELAÇADA DE AFETOS

A escola é o principal ambiente da prática docente, prática essa, que devido às suas características, exige a presença do professor, junto aos alunos, em sala de aula, diuturnamente. No exercício da profissão, os professores do ensino fundamental devem acompanhar as atividades dos estudantes, durante os 200 dias do ano letivo. As teorias da aprendizagem de Piaget, Vygotsky, Luria, Bronfenbrenner, entre outras referências, consideram, em linhas gerais, que o processo ensino-aprendizagem se dá na troca com o meio, representado pelos objetos e cultura; seja por assimilação e acomodação; pela coordenação de movimentos; por assimilação linguística; por zonas de desenvolvimento proximal, por aproximações de regras sociais e compreensão das normas que regulam a vida em comum.

A relação ensino-aprendizagem é um processo que se dá gradativamente, em cuja base está a tentativa e o erro, que devem ser enquadrados e acompanhados, até que o acerto prevaleça. Algumas barreiras devem ser rompidas, dificuldades superadas, para que novos conhecimentos possam ser alcançados, pouco a pouco. As interrupções prejudicam esse processo, sobretudo nas categorias de alunos mais jovens, que não têm a noção de tempo abstrato e que precisam do professor não somente para a transmissão da informação, como também para segurança afetiva e manutenção da continuidade do trabalho.

O professor é aquele que percorre esse caminho, lado a lado, com o aluno, guiando a trajetória dele, à luz do seu saber, e proporcionando condições e oportunidade para que ele possa integrar conhecimentos, se desenvolver, se aprimorar, se socializar e ocupar o seu lugar na sociedade. É nessa relação com o aluno, em sala de aula, que se constrói o sentido da profissão docente. A trajetória junto ao estudante, ainda mais quando coroada de sucesso, é a recompensa

do professor, garantindo, a ele o seu próprio lugar na sociedade, enquanto educador e sua dignidade enquanto profissional.

Profissão antiga, que começou, aos moldes do catequismo, nos bancos das igrejas, de onde saiu, se expandiu e se desdobrou em vários níveis (creche, ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, formação continuada, formação e jovens-adultos) e em várias áreas (ciências humanas, biológicas e exatas), tornando-se essencial para a formação dos cidadãos (RESES, 2008). Tradicionalmente associada ao universo feminino, à profissão foi, aos poucos, se generalizando e consolidando. Embora institucionalizada, permanece ainda naturalizado que nas escolas, as crianças saiam dos braços das famílias para se acomodarem aos cuidados de uma professora, que ficará responsável pela educação delas, durante o período escolar, numa condição que, por vezes, se confunde com a maternal.

Paparelli (2009), ao refletir sobre a natureza do trabalho docente, afirma tratar-se de um trabalho imaterial, e como tal, seus contornos não são claramente explicitados. O trabalho do professor da escola pública não tem fim à produção de mais-valia, nem adere à lógica presente nos empreendimentos lucrativos, mas está inserido em uma sociedade de classes, onde a imagem da educação pública está submetida a filtros ideológicos.

A imagem que o professor tem de si e de que lugar ele se enxerga, refletem diretamente na imagem que ele projeta para suas perspectivas profissionais. E, sobretudo, como ele compreende as relações de trabalho que se estabelecem e se relacionam ao seu desempenho, naquele conjunto. A vivência mostra que há o profissional que renova a sua prática, em busca de resultados e sucesso, em seu processo de ensino-aprendizagem; trata-se do profissional que, mesmo reconhecendo o sofrimento que existe no trabalho, identifica o prazer em sua prática, consegue o reconhecimento almejado, estabelecendo um limite para não sucumbir ao sofrimento. Porém, há também o professor que se amofina diariamente, resultando em frustrações, angústias e não reconhecimento e, por fim, na instalação de doenças físicas e/ou mentais.

O CENÁRIO DA PESQUISA

O cenário desta investigação se deu na rede municipal de ensino público do município de Santos/SP, que contava com 3034 professores no quadro geral de funcionários (remuneração ativa registrada em

2016), distribuídos em 82 unidades de ensino, atendendo pouco mais de 30 mil estudantes, na educação básica, em geral na proporção de 35 alunos por sala de aula. A rede garante a substituição de um professor do ensino básico (PEB), caso ele fique afastado do trabalho, e para tal, está prevista, administrativamente, a figura do professor adjunto (PAD). Dessa forma, as políticas públicas da educação procuram garantir que os alunos não fiquem sem aula, evitando a interrupção do processo de ensino-aprendizagem. Entretanto, no dia-a-dia, nem sempre a substituição acontece de fato. A precariedade no quadro de professores, as ausências recorrentes, o acometimento por doenças graves provocam improvisações, descontinuidades, submetendo professores e alunos a condições nefastas para o bom desenvolvimento do trabalho docente. Assim, as relações entre professor-gestor, aluno-professor, família-escola são abaladas por circunstâncias adversas.

A carreira municipal se inicia com um concurso⁴, ao termo do qual, o professor é incorporado à Secretaria da Educação, iniciando seu período probatório de três anos, ao final do qual, será avaliado e integrado definitivamente (ou não) no serviço público. No início da carreira, os professores adjuntos (PAD) ficam à disposição para assumirem as turmas que lhes forem atribuídas, nas escolas onde os professores de educação básica (PEB) estiverem ausentes, por alguma razão. Quando completam 36 meses de trabalho efetivo como professores, caso haja vagas disponíveis, serão efetivados em cargo de PEB, e lhes será atribuída uma escola à qual ficarão ligados, podendo, a cada ano letivo, renovar a opção por aquela escola, ou assumir alguma outra função, como, por exemplo, coordenador pedagógico, em outro estabelecimento escolar. Se não houver percalços na trajetória profissional, quando alcançarem a aposentadoria, ao cabo de 25-30 anos de carreira docente, os educadores municipais terão acompanhado toda uma geração de estudantes.

Atualmente, o dia-a-dia dos professores e alunos está conturbado, uma vez que as escolas têm sido cenário de violências perpetradas por estudantes, pais de alunos e, por vezes, professores, contra estudantes, pais de alunos e, frequentemente, professores. Agressões verbais insultos, agressões físicas se tornaram recorrentes e violentas, transformando o ambiente escolar em fonte de ansiedade, medo, angústia, e, em casos extremos, cenas envolvendo acidentes graves ou mesmo crimes.

⁴SANTOS. Prefeitura Municipal de Santos. Estatuto e plano de cargos, carreira e vencimentos dos profissionais do magisterio público municipal de Santos. Lei complementar nº752. Santos: Diário Oficial, 30 de março de 2012.

A violência urbana e a precariedade social também atingem as escolas públicas, sobretudo nas regiões mais desfavorecidas, fazendo com que as famílias dos alunos enfrentem situações de crise e de penúria, que podem gerar consequências nefastas, que acabam extravasando nas salas de aula. Os professores, sobretudo aqueles que estão em início de carreira, devem se movimentar para completar as horas de aulas necessárias de que precisam para garantir uma remuneração mínima que promova o sustento da família. Para que a atividade possa ser oficialmente contabilizada como dia de trabalho, precisam ter uma rotina de vida bastante desgastante, sofrendo de estresse e ficando adoecidos, tanto mental quanto fisicamente. Os docentes são exigidos em suas rotinas, frequentemente em demasia, responsáveis pelo desempenho de seus alunos e da escola, com o passar dos anos, enfrentam novos desafios sobre como articular sua prática profissional com um mundo de possibilidades, conquistas e frustrações dentro do sistema educacional.

O presente relato apresenta uma parte dos resultados de uma pesquisa realizada no quadro de um Programa de Ensino em Ciência da Saúde (modalidade profissional), que investigou a relação entre tempo de carreira, sofrimento e prazer em professores da rede de ensino fundamental de um município do Estado de São Paulo. Tratou-se de um estudo de campo, descritivo, transversal, articulando métodos quantitativos e compreensivo-interpretativos, considerando aspectos relacionados à organização do trabalho e às etapas da carreira docente. Dialogando com a riqueza do campo da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SELLIGMAN-SILVA, 2011), os pesquisadores utilizaram a Teoria do Estresse e a Teoria do Burnout (MASLASCHEW, LEITER, 1997; TAMAYO, 2008; MENDES, 2008), como quadros conceituais, para a fundamentação da pesquisa, tanto na escolha dos instrumentos, quanto na condução das análises e dos procedimentos metodológicos. Além disso, propuseram e operacionalizaram novos instrumentos (constructos), criados a partir dos conceitos de prazer e de sofrimento, extraídos da Teoria Psicodinâmica do Trabalho (DEJOURS, 1992).

O objetivo da investigação supracitada foi encontrar fundamentos para a construção de ações/reflexões em favor do exercício profissional, além de tratar do ser docente, diante das exigências da organização do trabalho, das experiências vividas, durante o dia-a-dia da atividade e diante das perspectivas de carreira, e das relações entre esses fatores e as percepções de sofrimento e de prazer no trabalho expressas pelos próprios sujeitos. O tempo percorrido

pelo profissional em sua carreira foi eleito como ponto central na compreensão dos fenômenos ligados aos processos de prazer e sofrimento que caracterizam a carreira docente. É plausível pensar que os professores se encontrem desgastados e sofridos, após um determinado período de tempo de exercício profissional, na medida em que, a rotina acelerada leva o professor a tornar sua prática mais automatizada e menos reflexiva.

A hipótese de partida, elaborada pelos pesquisadores, foi construída no sentido de que quanto maior fosse o tempo de carreira na rede de ensino municipal, maior seria o sofrimento dos professores, e eventualmente, um esgotamento profissional (Burnout), devido ao desgaste físico e mental, fruto do exercício diário da docência em condições difíceis e desafiadoras, por vezes, tendo que lidar com o não reconhecimento da atividade docente.

Após as aprovações do projeto, tanto pela Coordenadoria de Formação da Secretaria da Educação (COFORM) da Prefeitura em questão, quanto pelo devido Comitê de Ética em Pesquisa, (parecer nº 1.619.910 de 03/07/2016), o procedimento se deu a partir da solicitação direta de informações aos professores do município estudado, que estivessem em atividade docente, no momento da coleta de dados. O convite foi feito diretamente nas escolas ou durante algumas formações permanentes, realizadas por uma das pesquisadoras, ou, a cada vez que uma oportunidade aparecia. Os pesquisadores convidaram professores de escolas diferentes, tendo o cuidado de ter todas as regiões do município representadas, garantindo a heterogeneidade da amostra, muito embora o processo de amostragem (não probabilística) não garanta que ela seja representativa da população de professores. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário auto aplicado, criado para esse fim, contendo 32 questões diretas, sendo 24 de múltipla escolha e oito abertas. Três dessas questões abertas utilizavam a técnica de associação livre de palavras, que foi um diferencial do instrumento, pois deu aos sujeitos a oportunidade de se expressarem com suas próprias palavras, numa reflexão mais subjetiva, em contato com os motivos e sentimentos em relação à sua profissão.

O uso da associação livre de palavras é uma prática consolidada, cuja origem é a teoria psicanalítica, mas que vem sendo atualizada, em pesquisas realizadas em psicologia social, sobretudo sob o âmbito das representações sociais. Como num jogo, as palavras

em cada situação solicitada, desabrocharam em sucessivas ideias sobre o sentimento dos professores, em relação ao ponto em que estão suas carreiras, no momento em que saem de seus lares para exercerem o seu ofício, trabalhando, mais um dia, na escola e quando devem opinar sobre quais seriam as medidas eficazes e o que eles esperariam da administração pública, para que seu trabalho fosse melhor reconhecido.

As respostas às escalas (FERBER, 1974) e aos questionários foram analisadas a partir de frequências relativas e análises inferenciais. Quanto à análise das palavras evocadas, os pesquisadores utilizaram um programa intitulado “nuvem de palavras” que oferece uma imagem, em que as palavras mais frequentes aparecem grafadas em letras maiores, e as menos frequentes, em letras menores. A frequência das palavras assume importância à medida que pode ser considerada como a expressão de um coletivo, do senso comum, a mais frequente neste grupo, ou dentro das categorias, eleitas para o estudo: menor ou maior tempo de carreira.

Nesse capítulo, estarão em análise as respostas à questão aberta que solicitava que os professores escrevessem, prontamente, em uma palavra, “como se sentem ao sair para trabalhar (hoje)”. Nota-se que essa questão era focada em um momento preciso da jornada de trabalho - da transição entre o lar e o trabalho - intencionando as possíveis relações das respostas obtidas com o estado real do sujeito, no momento em que respondeu ao questionário. As respostas às outras questões, abertas e fechadas, não serão apresentadas, em detalhes, nem discutidas, em profundidade, porque esse exercício transcenderia o objetivo do capítulo. Entretanto, alguns outros resultados são evocados e comentados, de modo que se possa melhor elucidar as questões tratadas.

CANSAÇO: GRITO UNÍSSONO DO COTIDIANO DOCENTE

A amostra foi composta de 115 professores, com tempo médio de carreira na SEDUC de 9,4 anos (desvio-padrão 7,2; valor mínimo 1 e máximo 30 anos). Ou seja, os sujeitos que se disponibilizaram a participar da pesquisa tinham percorrido, em média, 1/3 do tempo máximo apontado como possibilidade, ou necessidade para completar o tempo de trabalho exigido para ter direito à aposentadoria (25-30 anos). A marca dos dez anos foi então utilizada como um limite para a definição das categorias de tempo de carreira, nas análises que foram

estão no fato que os menos experientes vivem sentimentos opostos, no exercício da função, enquanto que os mais experientes encontram força de superação, nos valores morais e religiosos.

A palavra SATISFAÇÃO, na segunda categoria tem baixa frequência (Figura 2), podendo ser um indicativo do efeito do tempo de carreira nos sujeitos. Embora esse grupo relacione realização com seu tempo de carreira, para o aspecto cotidiano não apontam com tanta frequência a satisfação. Outro interessante aspecto é o desaparecimento da palavra ANSIEDADE no tempo de carreira entre 11 e 30 anos, uma característica que pode estar associada à forma como o sujeito enfrenta a sua rotina de trabalho com o passar dos anos, e o aumento da experiência e do conhecimento dos entraves e de algumas soluções para os problemas do cotidiano com os alunos na sala de aula.

Ainda sobre o cansaço e sua relação com o bem ou mal-estar docente, para Dejours (1992):

(...) a saúde para cada homem, mulher ou criança é um meio de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. A saúde, portanto, é possuir esses meios (...). O que significa possuir esses meios e o que é esse bem-estar? Creio que para o bem-estar físico é preciso a liberdade de regular as variações que aparecem no estado do organismo; temos o direito de ter um corpo que tem vontade de dormir, temos o direito de ter um corpo que está cansado (o que não é forçosamente anormal) e que tem vontade de repousar. A saúde é a liberdade de dar a esse corpo a possibilidade de repousar, é a liberdade de lhe dar de comer quando ele tem fome, fazê-lo dormir quando tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando baixa a glicemia. É, portanto, a liberdade de adaptação. Não é anormal estar cansado, estar com sono. Não é talvez, anormal ter uma gripe, e aí vê-se que isso vai longe. Pode ser até que seja normal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar dessa doença, não poder ir para a cama, deixar-se levar pela doença, deixar que as coisas sejam feitas por outro durante algum tempo, parar de trabalhar durante a gripe e depois voltar. Ao desejo de cada um na organização de sua vida. E por bem-estar social, cremos que aí também se deve entender a liberdade, é a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão de tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantêm entre si (DEJOURS, 1992, p. 11).

O sofrimento pode se expressar de muitas formas. A frequência da palavra cansaço pode de certa maneira remeter aos processos de sofrimento vividos pelos sujeitos com eventuais doenças depressivas, Síndrome de Burnout, por exemplo. Em pesquisa sobre a saúde docente, Paparelli (2009), apresenta o conceito de *trabalho impedido*, que talvez explique certo sofrimento, o que dialoga em certa medida com os dados da pesquisa. O cansaço pode estar ali expresso, consequência das situações problemáticas que impedem que o professor faça seu trabalho, bem-feito, que ele exerça sua função, do modo como sabe e acredita. Situações que o desafiam, diante das quais ele já não encontra mais recursos para a superação. A autora afirma que:

As professoras entrevistadas referem-se ao seu trabalho como um trabalho impedido de acontecer, situação que traz vivências de intenso sofrimento mental e que são nomeadas de diversas formas: mal-estar, angústia, desgosto, desânimo, cansaço, desestímulo, tristeza. O trabalho impedido do professor é entendido como sendo [...] motivar os alunos a aprenderem utilizando as estratégias inovadoras que vêm aprendendo a programar, verificar a aquisição de conhecimento por parte dos alunos e sua transformação em uma direção planejada (PAPARELLI, 2009, p. 102).

Codo (1999) lembra que o universo em questão, refere-se aos educadores de escolas públicas brasileiras, onde há todo tipo de diversidade e adversidades, no que tange à relação com o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, o que acarreta intensidade, tensões e certo desgaste no cotidiano profissional desta categoria. “A demanda afetiva exigida por esses alunos é bastante intensa e pode colocar o indivíduo (professor) numa posição delicada, onde a tensão entre estabelecer ou não o vínculo assume grandes proporções e desencadeie um conflito extremamente doloroso” (CODO, 1999, p. 59).

A consequência desta tensão redirecionada para o próprio trabalhador é o sofrimento. Os sintomas podem ser percebidos, todo momento, traduzidos como: irritabilidade, dores, cansaço (CODO, 1999). Alguns professores, ao responderem às questões do instrumento, o fizeram complementando com comentários, tais como: “não aguento mais”, “é muita bagunça”, “muito barulho”, “me irrita”. Esse é um registro tácito do que surge na literatura, expresso na realidade.

Para facilidade de compreensão, as respostas às questões em que os professores eram convidados a avaliar o grau de sofrimento e de

prazer que tinham, foram condensadas em três extratos, considerando a frequência de cada grau, tanto para prazer como para sofrimento: grau de zero a quatro (baixo), grau de cinco a sete (médio) e grau de oito a dez (alto). Em seguida observou-se a relação entre os graus de prazer e sofrimento com as palavras referentes ao sentimento ao sair de casa para trabalhar. Nestas análises, o destaque fica com a palavra CANSAÇO, predominante em todos os casos, com exceção da Figura 3, em que o grau de prazer está entre 0 e 4. Considerando que os pesquisadores pretendiam obter informações sobre a vida cotidiana dos professores, no exercício da profissão, ao longo da carreira docente, a pesquisa obteve sucesso. Foi possível notar que a jornada do professor, quando descrita pelos próprios, é preponderantemente marcada pelo cansaço.

Figura 3 - Palavras evocadas em resposta à questão sobre o sentimento ao sair para o trabalho hoje pelos professores com BAIXO GRAU DE PRAZER no trabalho (n=15)



Figura 4 - Palavras evocadas em resposta à questão sobre o sentimento ao sair para o trabalho hoje pelos professores com BAIXO DE SOFRIMENTO BAIXO no trabalho (n=51)



Figura 5 - Palavras evocadas em resposta à questão sobre o sentimento ao sair para o trabalho hoje pelos professores com GRAU DE PRAZER MÉDIO no trabalho (n=46)



Figura 6 - Palavras evocadas em resposta à questão sobre o sentimento ao sair para o trabalho hoje pelos professores com GRAU DE SOFRIMENTO MÉDIO no trabalho (n=49)



Figura 7 - Palavras evocadas em resposta à questão sobre o sentimento ao sair para o trabalho hoje pelos professores com ALTO GRAU DE PRAZER no trabalho (n=54)



Figura 8 - Palavras evocadas em resposta à questão sobre o sentimento ao sair para o trabalho hoje pelos professores com ALTO GRAU DE SOFRIMENTO no trabalho (n=15)



Fonte (fig. 3 a 8): Nuvens de palavras produzidas em www.wordle.net

A questão candente aqui é analisar de que maneira cansaço pode ser a forma traduzida de um estado de sofrimento e estresse. Em geral os sujeitos utilizam a palavra cansaço como expressão máxima da fadiga. Segue abaixo apontamentos a partir de estudos com trabalhadores portuários, que embora em nada se assemelhem, enquanto natureza de trabalho trazem importantes notas acerca da fadiga. Queiroz (2003) afirma:

No discurso dos trabalhadores com fadiga estes se sentiam cansados (as) mentalmente e fisicamente, expressando-se como sem ânimo, irritados (as), com estresse, além de relatarem dores nos ombros, nas mãos e nas pernas. Segundo eles, ficar cansado é pior que ficar doente. O enfrentamento da situação de fadiga passa por estar sempre recuperando as energias, descansando ou estando com a alma (mente) preparada para poder suportar aquele instante (QUEIROZ, 2003, p.11).

Outra nota interessante da pesquisa afirma ainda sobre fadiga que:

A abordagem quantitativa do fenômeno fadiga restringiu-se a sinais e sintomas pré-determinados. Na abordagem qualitativa a fadiga mostrou ser um fenômeno que depende, em parte, da maneira como o indivíduo cria estratégias de enfrentamento diante da situação de trabalho. O papel da estratégia de enfrentamento parece ser importante e estar associado à determinação da ocorrência da fadiga (QUEIROZ, 2003, p.7).

Em estudos realizados sobre as condições de saúde e trabalho com professores da rede particular de ensino em Vitória da Conquista, Bahia, em 2001, os autores obtiveram 59,2% dos sujeitos que atribuíram CANSAÇO como um fator muito frequente relacionado ao desgaste profissional, sendo o mais significativo. A média de tempo de carreira dos sujeitos nesse estudo esteve em torno de 11 anos (DELCOR, et. al., 2004).

Vieira (2013), ao fazer a revisão traduzida da obra *“Le temps de la fatigue: la gestion sociale du mal-être au travail”*, do sociólogo francês Marc Loriol, aborda as relações entre fadiga e trabalho e traz a seguinte afirmação:

Basicamente, teria havido uma transição da noção de desgaste para a de fadiga. Assim, na Antiguidade, predominava a noção de “desgaste” como algo inevitável, parte da vida, advindo do trabalho de forma natural: o ser humano, a partir do nascimento, vai se desgastando até morrer. A partir do surgimento das figuras da acídia (século VI), da melancolia (século XVI), da neurastenia (século XIX) e, após a década de 1970, com a descrição de duas novas entidades clínicas – o Burnout (de viés teórico mais psicológico) e a síndrome da fadiga crônica (cujo fundamento é orgânico) –, é que se desenvolve historicamente a noção de “má fadiga”: aquela subjetiva, produzida pelo esforço intelectual e/ou pela vida urbana. Em oposição à “boa” fadiga – que advém de atividades livremente escolhidas, em harmonia com a natureza e a natureza humana –, a fadiga “ruim” não desaparece com o repouso (é crônica), resulta de atividades ou modos de vida contrários à “natureza humana” (tem caráter coercitivo) e só é suprimida pelo retorno a uma vida mais saudável ou pelo apelo a um profissional (de saúde, no caso) (VIEIRA, 2013, p.1361).

Ao observar esta citação, é possível perceber que ao expressar o cansaço, mesmo com caráter instantâneo. Este grupo de professores pesquisados sugere estar na condição de um cansaço crônico, o que poderia ser definido, segundo a referência, como uma “má fadiga”, apontando para a situação de risco que esses professores correm de desenvolver um transtorno mental relacionado ao trabalho, como, por exemplo, a Síndrome de Burnout. Aqui a teoria do estresse encontra sua expressão, quando os professores, embora não relatem diretamente um elevado grau de sofrimento, o fazem, supostamente, por outros meios, quando se identificam irritados, cansados, contrariados, com traços depressivos. Por outro lado, superam-se dia a dia, pelo prazer que ainda guardam pela profissão.

Embora não tenha sido o aspecto central da pesquisa, entendeu-se a importante ilustração que é possível obter, ao trazer certo ponto de vista da medicina:

Não é a primeira vez, na história médica recente, que a fadiga é tratada como objeto, sendo possível afirmar que estamos diante de sua reemergência como signo de doença. Um sinal desta importância histórica é a presença intermitente de quadros patológicos cuja queixa central é a exaustão por mínimo esforço ou a fadiga sem causa orgânica detectável. No ambiente novecentista, esse quadro foi a neurastenia. Atualmente, dois exemplos emblemáticos são a síndrome da fadiga crônica e o Burnout, mantidas suas diferenças. O interesse pela comparação entre essas duas categorias prende-se ao fato de ambas localizarem-se nos polos opostos do continuum psicológico/orgânico. O Burnout surgiu como um diagnóstico essencialmente psicossocial no âmbito da psicanálise e da psicologia; ao passo que a síndrome da fadiga crônica é um diagnóstico da clínica geral, que nasce relacionado a suspeitas de infecção viral. O conceito de Burnout está estreitamente ligado ao de estresse, como demonstra o uso recorrente da expressão 'reação ao estresse crônico ocupacional' para defini-lo. A exaustão é considerada o núcleo do fenômeno. A despersonalização/cinismo corresponderia, para alguns teóricos, à noção de desengajamento (perda de identificação e desenvolvimento de uma espécie de 'aversão'/rejeição ao trabalho), enquanto a realização pessoal tende a ser excluída do conceito (ZORZANELLI et. al., 2016, p. 80).

E O TEMPO PASSA...

No grupo estudado, segundo a amostra, o cansaço está essencialmente associado ao dia-a-dia, ao fato de ter que sair de casa para trabalhar, enfrentar salas de aulas numerosas com muitos alunos, sobreviver à jornada de trabalho, ao esforço exigido, e a muitos fatores patogênicos relativos ao ambiente e às limitações do próprio indivíduo. Mas, em certa medida, também pode estar relacionado ao controle que os professores não conseguem ter sobre as atividades executadas e sobre os resultados de seus esforços, de seu trabalho. As palavras traduzem um coletivo que sofre e que se supera, dia-a-dia, para encarar sua atividade profissional, que carrega tantos sentimentos, no exercício de uma profissão que, na maioria das vezes, chama o sujeito pela voz do coração.

O tempo onde se desenrola esta complexa relação professor-aluno-escola é o cotidiano. Há aspirações para o futuro, há retratos de um passado, mas é no presente que se constroem as marcas de um sofrimento, por vezes, resultante do efeito nefasto da organização do trabalho na subjetividade do trabalhador. Os professores que colaboraram com essa investigação relataram, em sua maioria, que o prazer ainda supera, mesmo que discretamente, o sofrimento. Dados que embora não citados neste capítulo, podem ser encontrados na pesquisa original (MARQUES, 2017), revelam que quando falam de suas motivações de seus ideais e de sua carreira, os professores evocam dignidade, missão, vocação, realização, dedicação, compromisso, fé. Entretanto, quando são chamados a se pronunciarem sobre seus sentimentos em relação à carreira docente, ao nível da atividade cotidiana, quando evocam o sentimento que predomina quando saem de casa para trabalhar, diariamente, o cansaço se evidencia. Infere-se que o sofrimento está também ali presente. Ao que parece, todos entrevistados, independentemente do tempo de carreira, ou do nível de prazer, ou de sofrimento, que avaliam sentir, se dizem afetados pelo cansaço. A tentativa de superação do cansaço, de cada dia, se faz pela afirmação e reafirmação de ideais e valores, em relação à carreira docente.

Os resultados são significativos e apontam para a necessidade de que gestores públicos de todos os setores (principalmente da educação, saúde e gestão), sindicatos de classe e a própria sociedade, viabilizem soluções para dificuldades às quais os professores estão atualmente confrontados. Esses agem contra os fatores patogênicos a que estão diuturnamente submetidos, que possam prejudicar a qualidade do trabalho por eles fornecido, mas, sobretudo e principalmente, que possam comprometer a sanidade mental e, em última instância, a vida de alguns deles.

REFERÊNCIAS

CODO, W., coord. Educação, carinho e trabalho. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Trad. Ana Isabel Paraguay; Letícia Leal Ferreira. 5.ed. São Paulo: Cartaz- Oboré, 1992.

DELCOR, N.S.; et.al. Condições de trabalho e saúde dos professores da

rede particular de ensino de Vitória da Conquista. Cad. Saúde Públ., Vitória da Conquista, Bahia, 20, 1, 187-196, Jan-fev 2004.

FERBER, R. Handbook of Marketing Research. New York: McGraw-Hill, 1974.

MARQUES, A.C.S. O ser docente e o tempo: relações entre o tempo de docência e os processos de prazer e sofrimento no trabalho do professor da secretaria municipal de educação de Santos [dissertação]. Santos: Universidade do Estado de São Paulo, 2017.

MASLASCH, C.; LEITER, M.P. The truth about burnout: How organization cause, personal stress and what to do about It. San Francisco: Jossey-Bass, 1997.

MENDES, A.M. A organização do trabalho como produto da cultura e a prevenção do estresse ocupacional: o olhar da psicodinâmica do trabalho. In Tamayo A. Estresse e cultura organizacional. São Paulo: Casa do Psicólogo, All Books, 2008.

NEVES, M.Y.R.; SELIGMANN-SILVA, E. A dor e a delícia de ser (estar) professora: trabalho docente e saúde mental. Rev Est Pesq em Psicol., UERJ, 6, 1, 69 – 87, 2006.

PAPARELLI, R. Desgaste mental do professor da rede pública de ensino: trabalho sem sentido sob a política de regularização de fluxo escolar [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo – Instituto de Psicologia, 2009.

QUEIROZ, M.F.F. Compreendendo o conceito de fadiga: estudo de caso dos trabalhadores em uma indústria gráfica. [Doutorado] São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2003.

RÊSES, E.S. De vocação para profissão: organização sindical docente e identidade social do professor. [tese]. Brasília: Universidade de Brasília – Instituto de Ciências Sociais – Departamento de Sociologia, 2008.

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

TAMAYO, A. Estresse e cultura organizacional. São Paulo: Casa do Psicólogo, All Books, 2008.

VIEIRA, I. Uma análise original da fadiga no trabalho. Physis Rev de

Saúde Coletiva, 23, 4, 1359-1368, 2013.

ZORZANELLI, R.; VIEIRA, I.; RUSSO, J.A. Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho. Rev Interf Comun Saúde e Educ., 20, 1, 77-88, 2016.



➤ ***DAS VIDAS QUE NÃO SE CONTAM: UMA ANÁLISE DA POPULAÇÃO EM MEDIDA DE SEGURANÇA NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DO PARÁ⁵***

Alyne Alvarez Silva
Maria Cristina Gonçalves Vicentin

INTRODUÇÃO

No Brasil, no campo da saúde mental, a Lei da Reforma Psiquiátrica n. 10.216/2001 (BRASIL, 2001) e a recente Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência/LBI n. 13.146/2015 (BRASIL, 2015) inauguraram uma importante era de direitos à população com transtorno mental (ASSIS, SILVA, 2017). Esses marcos legais são frutos da histórica luta antimanicomial e do complexo processo que conhecemos como Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb). Essas conquistas vêm afirmando a cidadania da população com transtorno mental – com ou sem necessidades em decorrência do uso abusivo de drogas – e permitindo a construção de espaços e práticas para o cuidado em liberdade, fazendo surgir cotidianamente novos sujeitos de direito. No entanto, para além do contexto atual da política brasileira e do crescente desmonte das políticas sociais que vem sendo efetivado, desde o golpe midiático-parlamentar de 2016, no interior da batalha cotidiana para o não retrocesso da RPb, outra questão delicada impede seu avanço: a pessoa com diagnóstico de transtorno mental que entra em conflito com a lei. Apesar do significativo avanço proposto pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência/CDPD (BRASIL, 2008) e pela LBI, que a operacionalizou, esta população ainda é apartada do sistema de garantias de direitos e destinada à masmorra contemporânea: o manicômio judiciário, nomeado eufemisticamente de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP), pela Lei de Execução Penal, em 1984.

O manicômio judiciário (ou HCTP) é uma unidade prisional, logo, subordinada aos órgãos de segurança pública dos Estados, cujos profissionais de saúde a ele vinculados encontram-se, muitas vezes, alheios

⁵ Este capítulo foi escrito a partir da tese de doutorado da autora, orientado pela coautora, intitulado: “Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará” (SILVA, 2015).

à política nacional de saúde mental⁶ e às normativas da justiça que propõem reorientação do modelo de atenção da pessoa com transtorno mental em conflito com a lei. Os longos períodos de clausura que impõe a medida de segurança – principalmente devido à dependência do exame de cessação de periculosidade pela psiquiatria forense – e as condições de sobrevida em que se encontram os quase 5 mil internos dos 26 Equipamentos de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do país, bem como em prisões e manicômios convencionais, a espera de exame de insanidade mental e/ou vaga em HCTP, aviltam os nossos princípios constitucionais (CONSELHO, 2015).

A situação dos “últimos dos últimos” nos manicômios judiciários, considerados o “pior dos piores” – já que caracterizado pelo hibridismo entre o que há de pior dentre as prisões e o que o que há de pior dentre as estruturas manicômias – é definitivamente insustentável no seio de uma democracia e exige medidas de superação e transformação dessa realidade considerando, acima de tudo, o princípio da dignidade humana e a construção da cidadania tão caro à RPB.

Como herança das relações de poder violentas empreendidas sobre os corpos e destinos dos ditos loucos, recai sobre o chamado “louco infrator” o peso dessas estruturas criadas para neutralizar sua suposta periculosidade, já que considerado historicamente incapaz, infantilizado, sem capacidade de gerir-se ou de responder por seus atos. Porém, a compreensão do louco como absolutamente incapaz de entender o caráter ilícito dos atos considerados crimes e/ou de querer comportar-se de acordo com tal compreensão caiu por terra a partir da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. O artigo 12 da Convenção afirma que “as pessoas com deficiência tem o direito de serem reconhecidas em qualquer lugar como pessoas perante a lei”, exigindo o reconhecimento dos Estados Partes sobre a capacidade legal das pessoas com deficiência⁷

⁶ A política nacional de saúde mental prevê prioritariamente a atenção e o cuidado em saúde no território por prezar pelo convívio familiar e comunitário para o processo de reabilitação psicossocial. A Lei 10.216/2001 veda a internação em espaços com características asilares e, dentre os direitos da população com transtorno mental, elencados e seu artigo 2º, prevê em seus incisos I e II, respectivamente, ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade. Estes e outros direitos elencados no mesmo artigo tornam a internação em manicômio judiciário uma prática ilegal.

⁷ Para compreender a inclusão da pessoa com transtorno mental como público alvo da Convenção, é importante considerar seu texto original que, ao invés de “pessoas com deficiência”, traz a noção de pessoas com “disability” (desabilidade). Esta abrange muito mais pessoas em situação de desvantagem para o exercício da cidadania, pois resulta da interação entre “impairment” (prejuízo, dano, dificuldade, traduzido também como deficiência, nos âmbitos físico, mental, intelectual ou sensorial) e barreiras físicas/ambientais ou atitudinais/comportamentais – a exemplo dos preconceitos que lhes impedem a participação plena na sociedade e em igualdade de condições. A tradução de disability como deficiência promove o risco de colocar alguns diagnósticos de transtorno mental fora das garantias de direito estabelecidos pela Convenção, a exemplo da pessoa com diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno mental em decorrência do uso de múltiplas drogas. Estas devem ser consideradas pessoas com “desabilidade” se expressarem dificuldades ou falta de habilidade social que, somadas aos preconceitos que devem sofrer, as colocuem em situação de desvantagem para o exercício pleno da sua cidadania

em igualdade de condições às demais pessoas. Exigência esta que a Lei Brasileira de Inclusão reafirmou em seu artigo 84, embora de modo mais tímido. Tais dispositivos legais devem interromper o histórico processo de discriminação das pessoas em sofrimento psíquico que entram em conflito com a lei e – espera-se – suas consequências nefastas dentro do sistema penal para com esta população, já que para ela, a LBI admite que sejam entendidas juridicamente como, no máximo, relativamente incapazes.

Apesar de tamanho avanço legislativo, observa-se, especialmente, no meio jurídico a não absorção dos termos das referidas Lei e Convenção e a conseqüente não ruptura da articulação conceitual-política da loucura e sua suposta periculosidade presumida – categoria jurídica correlata à categoria clínica da incapacidade de entender e querer. Tal articulação continua fazendo operar uma larga brecha de ilegalidade e inconstitucionalidade quando o louco, por ventura, entra em conflito com a lei e recebe como resposta a aplicação da medida de segurança, sobretudo quando expressa na modalidade de internação em manicômios judiciais, os quais o atiram para fora das garantias legais previstas especialmente pela Constituição Federal, Lei da Reforma Psiquiátrica, CDPD e LBI.

Deste modo, para garantir o alcance da RPb ao louco em conflito com a lei e, conseqüentemente, sua cidadania é preciso romper com os preconceitos oriundos da compreensão de que o louco é perigoso. A periculosidade é um conceito moral com funções evidentes de controle social punitivo penal sobre os indesejáveis, em sua maioria homens, negros, com baixa escolaridade e periférica inserção no mundo do trabalho. Sabemos que qualquer pessoa, dependendo das circunstâncias em que se encontra, é capaz de cometer atos considerados criminosos e o louco definitivamente não comete mais crimes que as pessoas ditas normais⁸. Partimos da compreensão de que a presença de sofrimento psíquico pode ou não provocar atos violentos, o que não deve ser discutido em termos de razão ou desrazão, mas em termos de ausência de relações de cuidado prévias que visem à reprodução social do sujeito para a construção de alternativas às suas necessidades em direção ao seu bem-estar. Assim, antes de tudo, é a periculosidade, que estigmatiza a figura do louco, o conceito-chave que urge ser desconstruído para o alcance da RPb ao louco em conflito com a lei.

⁸ Dos dados referentes ao funcionamento do Programa de Atenção Integral ao Paciente Judiciário/PAI-PJ, em 10 anos, o índice de reincidência do total de pessoas acompanhadas pelo Programa foi de 2%, sempre relativos a delitos de baixo potencial ofensivo (crimes contra o patrimônio). Embora a grande maioria estivesse sendo acompanhada em meio aberto, na rede pública de saúde, não houve registro de reincidência de crimes considerados hediondos, o que afasta de vez o fantasma da periculosidade do louco (BARROS-BRISSET, 2010).

Quando falamos em romper, superar, transformar e desconstruir o que foi instituído no entorno do louco em conflito com a lei e do dispositivo medida de segurança, estamos nos referindo à noção de desinstitucionalização, conceito orientador da Reforma Psiquiátrica em direção ao permanente questionamento e desmonte do dispositivo manicomial. Esse dispositivo é aqui entendido como o conjunto de saberes, legislações e normativas, arquiteturas e estabelecimentos, práticas profissionais e instrumentos, costumes e preconceitos que sustenta a loucura como doença a ser curada. É apenas nesse processo que se pode abrir espaço para a invenção de novos saberes e práticas que vão na contramão da história da exclusão da loucura a passam a afirmá-la como existência-sofrimento que compõe o cenário das contradições da sociedade com as quais devemos lidar.

O capítulo visa somar com reflexões e dispositivos para a desinstitucionalização das pessoas em cumprimento da medida de segurança no Estado do Pará a partir da produção e análise do perfil da população institucionalizada, traçado no ano de 2013. Considerando o trabalho da Equipe de Acompanhamento e Avaliação das Medidas Terapêuticas Aplicáveis a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei (EAP), no Estado do Pará, e a recente implementação do Programa de Atenção Integral às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, no Estado, apontamos a produção e análise do perfil dos internos como um instrumento de desinstitucionalização cujas informações podem facilitar o processo de desinternação progressiva e servir de subsídio à construção de Projetos Terapêuticos Singulares, os quais devem vir a amparar o sujeito antes mesmo de sua saída, construindo vias de enlace com o território quando egresso do sistema.⁹

Sempre bom salientar que no sentido da reorientação do modelo de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, temos resoluções e recomendações do Conselho Nacional de Justiça/CNJ¹⁰ e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária/CNCP¹¹ o parecer da Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos/

⁹ Além das tabelas com os todos os dados do perfil terem sido disponibilizadas ao TJE/PA e à EAP, resolvemos, pelo seu valor documental, entregar o material ao Programa de Pós-Graduação da PUC-SP com intuito de deixar o material acessível a outros pesquisadores/trabalhadores, mas também de evitar expor publicamente as informações pessoais de cada interno.

¹⁰ Recomendação n. 35/2011: “dispõe sobre as diretrizes a serem adotadas em atenção aos pacientes judiciários e a execução da medida de segurança”. Resolução n. 113/2010: estabelece que, sempre que possível, apliquem-se medidas antimanicomiais, conforme determina a lei n. 10.216/01.

¹¹ Resolução n. 04/2004, recomenda aos estados e municípios-sede de HCTP a adesão ao Programa de Volta para Casa. Resolução n. 05/2004: cria diretrizes para o cumprimento das Medidas de Segurança, adequando-as à lei n. 10.216/01. Resolução n. 04/2010: cria Diretrizes Nacionais de Atenção aos Pacientes Judiciários e Execução da Medida de Segurança, recomendando a adoção da política antimanicomial; e Resolução n. 02/2014: veda o envio de recurso público do Ministério da Justiça para a construção, reforma, ampliação e aquisição de equipamentos para os HCTP.

PFDC do Ministério Público Federal/MPF (BRASIL, 2011a). Ainda há as propostas de encaminhamento descritos no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2002) e a portaria n. 94/2014 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) que cria um Serviço de Acompanhamento e Avaliação das Medidas Terapêuticas Aplicáveis a pessoas com transtorno mental em conflito com a lei. Todos esses documentos recomendam ou propõem um mesmo percurso para a desinstitucionalização dessa população, não diferindo daquele que deve ser oferecido à população com transtorno mental sem conflito com a lei, internada em Hospitais Psiquiátricos convencionais.

O HCTP E AS SOBREVIDAS QUE PRODUZ

O Estado do Pará, à revelia do histórico processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi o último Estado a colocar em funcionamento um Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, apesar da posição radicalmente contrária de trabalhadores paraenses da saúde mental, por ocasião do I Encontro de Reorientação dos HCTP, ocorrido em 2002. Localizado no município de Santa Isabel está à aproximadamente 60 km de Belém. O HCTP foi inaugurado em 2007 através de convênio entre Departamento Penitenciário Nacional (DEPEN) e o Estado do Pará, com um custo previsto, em 2001, de 5,5 bilhões de reais.

Para falar das vidas sobre as quais não se conta, vidas de quem ninguém fala, ninguém conhece e que por vezes também não são contadas nem numericamente, decidimos entrar nesse manicômio e nos debruçar, no decorrer do primeiro semestre de 2013, sobre cada um dos 86 prontuários jurídicos dos internos em cumprimento da medida de segurança. Buscamos caracterizar esta população a partir de dados sociodemográficos, situação jurídica e situação clínico-dagnóstica, buscando dar visibilidade às vidas invisíveis do HCTP.

Naquele período, os fluxos de entrada e saída de internos no HCTP eram compilados à mão em um determinado setor, mas não eram devidamente transpostos para os sistemas informacionais de modo a fazer constar todos os internos em todas as tabelas que cada computador produzia. Por não haver comunicação entre as máquinas, a atualização de dados em uma nem sempre era feita noutra, o que acabava resultando na perda de alguns dados e, conseqüentemente, de algumas pessoas que ali se encontravam, visto que alguns deixavam de figurar até na lista que as enumera. Afinal, para quê

contar (com) essas vidas ou sobre essas vidas que não valem e que não contam nada? Pessoas que por sua loucura, segundo uma lógica biopolítica, mereceriam morrer para garantir a vida de outros como tática de expansão das vidas desejáveis através do corte racista que marcam aquelas como inferiores (FOUCAULT, 2005).

Para traçar o perfil desta população e mapear um território dessas sobrevidas, nos baseamos na pesquisa coordenada por Kolker e Carvalho (BIONDI; FIALHO; KOLKER, 2003), realizada nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro, pela Superintendência de Saúde da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, com o objetivo de adequar as medidas de segurança às diretrizes estabelecidas pela lei n. 10.216/01 e servir de instrumento de desinstitucionalização (BRASIL, 2003). Também inspiradas pelo Grupo de Informação sobre as Prisões (GIP)¹² (FOUCAULT, 2003), partimos da premissa de que a informação pode ser uma arma para a luta contra as opressões e a favor da conquista de direitos. Os conjuntos de informações – racionalidades práticas, dados do perfil e relatos das experiências – são imprescindíveis à luta contra o manicômio judiciário.

Tomamos o perfil como um dispositivo para fazer ver e falar os invisíveis, uma máquina de fazer contar as vidas que não se conta ou sobre as quais não se conta. Instrumento que dá visibilidade às sobrevidas produzidas no manicômio judiciário, ao mesmo tempo, que permite apontar caminhos de saídas e percursos de cuidado a serem construídos em articulação com equipes e serviços que busquem empreender a restituição da vida que lhe fora suprimida na clausura.

POPULAÇÃO TOTAL INSTITUCIONALIZADA E PRESOS PROVISÓRIOS

Em 2013 a população institucionalizada no HCTP do Pará estava dividida entre as pessoas que cumprem medida de segurança, presos condenados, presos provisórios e presos condenados/provisórios. Embora o perfil da população em cumprimento de medida de segurança tenha sido traçado em março de 2013, foi possível acessar informações sobre a população total até dezembro de 2013, quando havia 231 pessoas privadas de liberdade no estabelecimento, sendo que 86 encontravam-se em cumprimento de medida de segurança;

¹² No GIP, os pesquisadores não são um grupo de técnicos do exterior, são os próprios pesquisados e cabe a eles tomar a palavra e formular o que é intolerável. Cabe a eles empreender a luta que impedirá o exercício da opressão ("Preface" [1971], em Foucault, 1994, pp. 195-196 apud Eribon, 1990, p. 212).

103 estavam na condição de presos provisórios; 29 já havia recebido sentença condenatória, dos quais alguns poderiam estar em casas penais comuns, mas por ocasiões diversas permaneciam no HCTP; e 13 eram condenados/provisórios. Desse universo, aproximadamente 91% da população institucionalizada correspondiam a homens e 9% eram mulheres. Das 21 mulheres “moradoras” da ala feminina, quase metade delas (9) cumpriam medida de segurança.

Segundo relatos de vários técnicos e direção do HCTP do Pará, a grande maioria dos presos provisórios transferidos a partir de 2011 era de jovens que faziam uso considerado abusivo de drogas dentro de casas penais comuns. De acordo com seus relatos, o diretor da unidade penal comum provocava o juiz, geralmente argumentando as crises como decorrência do uso de drogas e como questão de saúde que precisa ser tratada no HCTP; ou ainda por motivo de preservação da vida do jovem que havia se endividado com o consumo e que era ameaçado de morte para pagar a dívida ao traficante também preso. Ou seja, ele era encaminhado ao HCTP com apelo à atenção à saúde ou à sua própria segurança, sem levar em consideração os efeitos perversos do manicômio contra a saúde e à segurança na medida em que ali se tem muito menos acesso a direitos e, ainda, aumenta-se a chance de alargamento o tempo de privação de liberdade. O apelo à segurança no HCTP, contraditoriamente, estava funcionando como o “seguro” do “seguro” das prisões, não apenas com o efeito de isolar, mas, principalmente, de retirar a pessoa do circuito da pena (cujo prazo é determinado) e das garantias constitucionais previstas aos presos comuns. Deste modo, a população institucionalizada vinha crescendo exponencialmente devido à transferência constante de presos provisórios, caracterizados, em sua grande maioria, como jovens, pobres e usuários de drogas, mas também devido à sentença ou conversão da pena em medida de segurança desse mesmo público.

A mudança da caracterização do perfil da população institucionalizada em HCTP é um analisador importante que vem sendo identificado por outros trabalhadores da área (KOLKER, 2005). Os HCTP têm sido, cada vez mais, incluídos como parte do circuito de internação forçada de pessoas, em sua maioria jovens, que fazem uso considerado problemático de drogas, muitos dos quais são enquadrados como traficantes e presos ou internados preventivamente. Delgado (1992) fala deste público em HCTP já no início da década de 1990. Assim, não se trata de uma população nova nos HCTP, mas que tem se tornado majoritária, e, via de regra, ligada

ao diagnóstico de Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) para justificar segregação em manicômio judiciário, o que evita saída rápida e circulação entre as estruturas de internação existentes.

Importante destacar que, no ano de 2011, foram lançadas a portaria n. 3.088, do Ministério da Saúde, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o Plano “Crack, é possível vencer”, junto com outras normas que deveriam garantir a implementação de serviços substitutivos, mas também manicômiais (Comunidades Terapêuticas/CT), relacionados à atenção psicossocial de “usuários problemáticos” de drogas. No mesmo ano, o município de Belém aprovou quase 1,5 milhão de reais para incrementar/implantar os serviços de álcool e outras drogas (consultórios na rua, requalificação de CAPS ad em CAPS ad III, implantação de novos CAPS ad, Unidade de Acolhimento Adulto/UAA e Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil/UAI, escola para redutores de danos), mas nos dois anos seguintes, nada foi feito com esse recurso.

Em 2013 a discussão na prefeitura de Belém girava em torno da implantação do Consultório na Rua/CnR como estratégia para internação de usuários/moradores de rua em 5 Comunidades Terapêuticas (150 vagas a mil reais/mês cada, que se tornaram 200 em 2015) que estariam sendo conveniadas, sem a (re)estruturação do CAP ad do município, como retaguarda para a internação almejada. Exatamente no decorrer de 2011 e 2012, segundo os discursos dos trabalhadores do HCTP, houve a mudança do perfil da população internada com encaminhamento massivo de usuários de drogas ao HCTP. Mesmo que a população encaminhada seja oriunda de vários outros municípios do Estado, 26% da população em medida de segurança são da Região Metropolitana de Belém e, além disso, imagina-se dificuldade semelhante nos municípios do interior do Estado para implantar as políticas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, do âmbito da saúde, lançadas a nível nacional.

POPULAÇÃO EM MEDIDA DE SEGURANÇA

Para a caracterização da população em medida de segurança no HCTP do Pará, analisamos os chamados “prontuários jurídicos” dos internos, os quais tinham cópias de parte dos processos judiciais arquivados no HCTP, bem como seus relatórios psicossociais. A partir da análise dos prontuários dos 86 internos em medida de segurança, organizamos as informações nos seguintes campos: (a) dados sociodemográficos; (b) situação jurídica e (c) situação clínico-diagnóstica.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Em 2013, havia 47% da população em medida de segurança com idades entre 31 e 40 anos; 26% residiam na Região Metropolitana de Belém, sendo o restante do interior do Estado; 53% não recebiam visita de familiar; sobre 52% da população não havia informação acerca da documentação civil; 3% tinham BPC, mas sobre 72% não havia informação acerca do recebimento do benefício; 55% estavam estudando no HCTP; 30% eram analfabetos e 34% tinham o ensino fundamental incompleto; e 26% realizavam alguma atividade de trabalho no HCTP.

Com relação à faixa etária dos internos, além da concentração de quase metade da população entre 31 e 40 anos, havia 23% de pessoas entre 41 e 50 anos, ao contrário da faixa etária dos jovens presos provisórios, em que 40% concentram-se entre 21 e 30 anos. Importante relacionar a faixa etária dos internos com o tempo de internação ou privação de liberdade, que podem ser vistas, mais adiante, nas tabelas 1 e 2. Embora a maioria dos internos (36%) estivesse em medida de segurança entre 3 e 6 anos, a metade (50%) da população encontrava-se distribuída em intervalos de tempos que variam entre 9 e 21 anos de privação de liberdade, considerando o tempo em que cumpriram pena em prisão comum. Isto quer dizer, que a maioria dos internos, foi internada ainda jovem no HCTP.

Quanto à cidade em que residiam, considerando os 144 municípios do Estado do Pará, havia internos de 49 municípios, sendo que 18 moravam em Belém antes de serem internados, 3 em Ananindeua e 1 de Santa Isabel do Pará, perfazendo um total de aproximadamente 26% de encaminhamentos oriundos da Região Metropolitana de Belém. Dos municípios de Santarém e Paragominas havia 4 municípios de cada; de Cametá e Castanhal, três municípios de cada. E o restante, isto é, 49 internos eram de 42 outros municípios.

Embora alguns poucos municípios em que residiam os internos não coincidisse com a comarca onde o delito foi cometido, ainda assim foi possível saber quais municípios encaminham mais internos ao HCTP e isso nos possibilita pensar onde poderia ser interessante realizar uma intervenção junto aos magistrados para que possam compreender o novo modelo de atenção às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei, proposto pelas mais atuais normativas. Além disso, saber onde residiam os internos, antes de terem sido encaminhados ao HCTP, ajuda-nos a mapear os dispositivos de saúde mental e assistência social existentes nos municípios (ou nas regiões de saúde) para onde poderão voltar a

viver quando egressos e onde poderiam ser implantadas Residências Terapêuticas, considerando os casos em que esta modalidade de moradia seja adequada. Tal informação também pode viabilizar que EAP elabore os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), buscando articular o atendimento do egresso diretamente com tais serviços.

Quanto à documentação civil, dos 86 prontuários jurídicos, em 36 (42%) havia cópia dos documentos civis do interno ou a informação de que sua família os tinha; pelo menos para cerca de 9 (10%) havia a informação de que não tinham nenhuma documentação e sobre 41 (48%) não havia informação alguma. Embora a documentação civil seja condição elementar para o processo de cidadania, a possibilidade de resgatar o direito civil de ir e vir ou de recorrer aos serviços públicos para receber atendimento, os quais, na maioria dos casos, exigem identificação, não parecia questão a ser pensada com urgência pela direção e técnicos do manicômio, considerando o tempo em que padecem à espera dos exames de cessação de periculosidade, quase nunca favoráveis a sua saída. Necessariamente, a retirada dos documentos civis é uma atividade inicial de um processo de restituição de direitos e desinstitucionalização.

O mesmo ocorreu com relação aos benefícios sociais, em especial, ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), outro instrumento importante que pode ser articulado para o processo de desinstitucionalização, já que para 72% deles não havia qualquer informação a respeito. Com relação aos 28% restantes, não foi possível confiar se de fato eram beneficiários ou não, já que a assistente social afirmou que tal benefício é suspenso quando o sujeito está sob custódia do Estado, tendo em vista o custo da mesma. Segundo a Lei Orgânica de Assistência Social, a situação de internação psiquiátrica não prejudica o recebimento do benefício (art. 20, §5) e a internação em HCTP não deve excluir essa possibilidade, principalmente, considerando a situação de extrema pobreza da maioria.

Segundo Cartilha do então Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o BPC¹³:

Garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com

¹³O BPC integra a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e para acessá-lo não é necessário ter contribuído com a Previdência Social; foi instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei n. 8.742, de 7/12/1993 e pelas Leis n. 12.435, de 06/07/2011 e n. 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos no 6.214/2007 e no 6.564/2008.

deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2009, p. 05).

É preciso ainda que se comprove condição de extrema pobreza, cujo parâmetro é que a renda per capita da família seja menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Segundo a cartilha da Defensoria Pública do Estado de São Paulo (SÃO PAULO, [200-]), o que torna a pessoa com deficiência elegível ao BPC na legislação pertinente à Assistência Social é estabelecido no artigo 4º, inciso II, do Decreto Federal n. 6.214 de 26 de setembro de 2007, que regulamenta o BPC. No documento, entende-se por pessoa com deficiência “aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho”. Vale ressaltar que a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008) vem definir a pessoa com deficiência de modo oposto: a incapacidade não é própria da deficiência, mas do contexto social que se não adequa às suas necessidades, incapacitando-a para o desenvolvimento pleno de suas potencialidades.

Outro ponto de extrema importância a ressaltar relacionado ao BPC é que não há a necessidade de interdição civil como condição para requerê-lo. A definição da incapacidade nesse âmbito, que não deve ser confundida com a noção de capacidade jurídica, é dada no inciso III do artigo 4º do citado Decreto Federal, o qual, coerentemente com a Convenção, classifica como:

Fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social (BRASIL, 2007, p. 4).

Nos casos em que a situação do interno em vias de desinternação ou do egresso de HCTP não obedeça aos critérios necessários para ser beneficiário do BPC, pode-se requerer o auxílio-reabilitação psicossocial para egressos de longa permanência em Hospitais Psiquiátricos (mínimo de dois anos de internação ininterruptos). Trata-se de auxílio financeiro, no valor de R\$ 412,00 (quatrocentos e doze) reais, instituído pela Lei n. 10.708/2003, denominado “Programa de Volta pra Casa”¹⁴, que funciona como importante dispositivo de

¹⁴ Este Programa, criado pelo Ministério da Saúde, atende ao disposto na Lei 10.216, de 06.04.2001, que no Art. 5º, determina que os pacientes há longo tempo hospitalizados, ou para os quais se caracterize situação de grave dependência institucional, sejam objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida.

desinstitucionalização, considerando o efeito esperado de aumento do poder contratual e seu impacto gradual na conquista de autonomia pelo egresso de Hospitais Psiquiátricos e de Custódia (BRASIL, 2003).

Quanto ao acesso à escola nas dependências do HCTP, segundo relação disponibilizada pelo setor de educação, dos 86 internos, 55% estavam frequentando as salas de aula do HCTP em contraposição a 43% que “não queriam” ou eram considerados como “sem condições de estudar”, segundo avaliação da pedagoga. Em relação à escolaridade, 26 eram analfabetos e 29 tinham o ensino fundamental incompleto, enquanto 6 tinham ensino médio completo e sobre 22 não havia informação a respeito. Naquele período, a escola era a única atividade regular que o HCTP oferecia aos internos e presos devido ao convênio com a Secretaria Estadual de Educação/SEDUC. As aulas aconteciam em três salas, localizadas fora das alas carcerárias, e atendia na época da realização da pesquisa aproximadamente 120 pessoas da população total institucionalizada.

Quanto às atividades de trabalho, dos 45 presos e internos que as desenvolvem no interior do HCTP, 22 (25%) estavam em cumprimento de medida de segurança, desenvolvendo uma das atividades a seguir: limpeza, manutenção e atividades na cozinha, horta e biblioteca. Do total, 3/4 da população em medida de segurança não desenvolvia nenhuma atividade de trabalho no HCTP.

Cabe salientar que um pouco mais de 52% da população em medida de segurança não recebia visita de familiar há anos ou nunca sequer recebeu alguma visita, enquanto 42% as recebiam. O fato de não receberem visita não permite supor que perderam vínculo familiar definitivamente, dado que muitas famílias moram em municípios distantes, considerando o tamanho do Estado do Pará, e não têm recursos financeiros suficientes para viajar até o município de Santa Isabel. Assim, esses dados podem ser importantes para orientar a equipe do HCTP e a EAP na busca ativa das famílias ausente com o intuito de buscar saber quantos internos teriam condições de ser acolhidos de volta à família e quantos precisariam acessar outros recursos para terem direito à moradia.

Em uma superficial sondagem, considerando a impossibilidade de acesso rápido a essa informação, e de posse da relação geral de internos, técnicos do HCTP nos indicaram quantos internos poderiam ter perdido vínculo com a família e que precisariam ser encaminhados para Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou outras modalidades de

moradia assistida, quando egressos do HCTP. Foram listados 41 (48%) internos que poderiam ter perdido o vínculo familiar ou que a família rejeitava recebê-los de volta em casa. Destes, 14 cometeram crime contra a família e 17 relataram uso de álcool e outras drogas – um dos motivos apontados pelos técnicos que mais gera a rejeição da família.

Tais informações indicavam da necessidade premente de implantação dos quatro Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) previstos no Plano Plurianual da Coordenação Estadual de Saúde Mental, para a gestão 2014-2018, e, ao mesmo tempo, a urgência de pensar noutras modalidades de moradia aos egressos do HCTP, para evitar que quase a metade da população internada viesse a sofrer transinstitucionalização, isto é, o encaminhamento de uma instituição total a outra, como ocorreu em 2014¹⁵. Tal acontecimento caracteriza o corte racista que guiava as práticas de governo do Estado do Pará diante da população egressa do HCTP e o posicionava como avesso aos princípios constitucionais e aos pressupostos do Estado Democrático de Direito.

Para finalizar a exposição do perfil referente aos dados sociodemográficos da população em medida de segurança apresentamos informações do Censo Nacional (DINIZ, 2013, p. 175-177) referentes à cor da pele, estado civil e qualificação profissional que, embora sejam de 2011 e o HCTP do Pará contasse com 40% a menos de pessoas institucionalizadas com relação a 2013, não conseguimos acessar através dos documentos analisados. Sobre a cor da população em medida de segurança, “pretos e pardos somavam 67% (110) e brancos somavam 20% (33)”, havia um único indivíduo amarelo e outro indígena; para “12% (19) da população, não havia registro de cor”. Sobre a situação conjugal da população, “76% (126) das pessoas internadas eram solteiras e 7% (12) eram casadas”. E com relação à profissão que exerciam antes de serem internados no HCTP-PA,

As pessoas internadas concentravam-se em profissões que exigem pouca ou nenhuma qualificação técnica e educacional,

¹⁵ Em 2014, na ausência de equipamentos de desinstitucionalização no Pará para atender aos seus egressos, assistimos grave processo de transinstitucionalização, quando a presença do CNJ em Belém forçou uma medida articulada entre SUSIPE e SESPA para a retirada imediata de seis pessoas do HCTP – já com desinternação condicional determinada pelos juizes da 1ª e 2ª VEP, há alguns meses, chegando há um ano – dos quais quatro foram transferidos a dois CAPS III de Belém, os outros dois foram encaminhados a, até então, única Residência Terapêutica do Estado. Passado um mês, três delas foram transferidas ao antigo CIASPA, à época, manicômio convencional apelidado de Unidade de Reabilitação Psicossocial (URPS). Foi o perfeito exemplo do perigo das instituições que apenas respondem ao poder e nunca às pessoas para manterem-se intactas em suas práticas de controle social punitivo. Hoje o antigo CIASPA, devido os embates da EAP, tornou-se o que chamam de República Terapêutica, espécie de casa de passagem para abrigar egressos do HCTP pelo tempo necessário à articulação da EAP para efetivar seu processo desinstitucionalização.

o que se aproximava do observado no cenário dos demais estabelecimentos. Trabalhadores de serviços administrativos, vendedores do comércio, trabalhadores da área agropecuária, florestais e da pesca concentravam 33% (54) das ocupações [...]. Além disso, no HCTP-PA, 16% (27) das pessoas internadas não tinham profissão (DINIZ, 2013, p. 177-178).

SITUAÇÃO JURÍDICA

Considerando desnecessária a apresentação dos delitos cometidos por pessoas em medida de segurança, para os fins desse texto, interessa-nos apenas fazer um breve comentário: chama atenção que ¼ dos delitos tenham sido crimes de menor potencial ofensivo e que boa parte dos homicídios ou tentativas de homicídio foram situações isoladas, cometidos por pessoas sem histórico de violência algum.

Com relação aos crimes cometidos contra a família, dos 86 casos, 33 (38%) delitos foram cometidos contra pessoas da própria família do interno e, destes, 70% foram homicídio ou tentativa de homicídio, razão que muitas vezes justifica o abandono pela família ou medo de recebê-lo de volta, quando egresso. É interessante relacionar este dado com a informação acerca do tratamento anterior ao cárcere, presente na discussão sobre a situação clínica-diagnóstica a seguir, em que aproximadamente 70% dos casos não recebiam acompanhamento em saúde mental e suas famílias viviam em total desamparo para lidar com o sofrimento psíquico da pessoa que veio a cometer o delito. Neste sentido, cabe destacar a possibilidade de fazer busca ativa da família, munida da informação e da necessária sensibilidade para trabalhar possíveis e compreensíveis resistências em receber o egresso de volta em casa.

Neste tópico julgamos importante apresentar os dados relativos ao tempo que as pessoas passam em regime fechado para pensar a necessidade de “prevenir a prevenção”, como dizia Rotelli (1990) ao se referir ao perigo das instituições totais que, a exemplo do manicômio, justificam suas ações de sequestro e mortificação dos corpos em nome da prevenção para o suposto cuidado do chamado “doente mental”, causando evidentemente sofrimento muito maior. Somando o tempo de privação de liberdade tanto em prisão comum como no HCTP, considerando um universo de 83 internos – três não tinham datas precisas de entrada na prisão e no HCTP –, 45 internos (54%) estavam privados de liberdade há mais seis anos e, destes, 20 (24%) estavam há mais de 12 anos nessa condição. Apenas somando

o tempo de internação no HCTP, 20 (24%) pessoas estavam reclusas há mais 6 anos, sendo que 7 destas já ultrapassavam 12 anos de internação. A pessoa com maior tempo de internação se encontrava no HCTP há 15 anos e estava presa desde 1992, somando 20 anos de privação de liberdade. Grande parte dessas longas internações supera o tempo da pena previsto pelo código penal aos crimes cometidos. Seguem abaixo duas tabelas com o número de casos relacionados ao tempo de permanência no HCTP e ao tempo de privação de liberdade.

Tabela 1: Tempo de permanência no HCTP da população internada.

Tempo de Permanência HCTP (anos)	0 a 3	3 a 6	6 a 9	9 a 12	12 a 15	15 a 21
Nº de Pessoas	21	36	12	5	8	1

Fonte: Silva (2015)

Tabela 2: Tempo de privação de liberdade da população internada no HCTP

Tempo de Privação de Liberdade (anos)	0 a 3	3 a 6	6 a 9	9 a 12	12 a 15	15 a 21
Nº de Pessoas	07	31	11	13	15	15

Fonte: Silva (2015)

SITUAÇÃO CLÍNICO-DIAGNÓSTICA

Entre os diagnósticos prevalentes atribuídos às pessoas que cumpriam medida de segurança no HCTP estavam: a Esquizofrenia (29%), em seus diversos tipos; Retardo Mental (18%), leve, moderado ou grave; transtornos mentais em decorrência de uso de álcool e outras drogas (15%). Em aproximadamente 14% dos casos não havia informação ou, ainda, havia referência a uma doença inexistente na Classificação Internacional de Doenças (CID). Outros “diagnósticos” – dentre os quais Transtorno de Personalidade com instabilidade emocional; Transtorno Mental orgânico ou sintomático não especificado; Transtorno Psicótico; “Traços de Personalidade Antissocial”; Transtorno de Personalidade Antissocial; Transtorno mental não especificado decorrente de lesão cerebral e de doença física; Transtorno de conduta; Psicose esquizofreniforme e diversos outros – estavam atribuídos a uma ou duas pessoas, no máximo.

Cruzando os dados diagnósticos e jurídicos referentes ao delito cometido e tomando o homicídio como exemplo comparativo –

por ser crime contra a vida e, portanto, de alto potencial ofensivo – chegamos a resultados parecidos com a pesquisa de Kolker e Carvalho, realizada nos HCTP do Rio de Janeiro, em 2003, que relatou que “entre os internados por homicídio, pouco mais da metade (56%) tinha diagnóstico de Transtornos Psicóticos e o segundo diagnóstico mais comum foi Retardo Mental (13%)” (BIONDI; FIALHO; KOLKER, 2003, p. 12). No HCTP do Pará, dos 41 casos de homicídio, 22 (53,5%) foram cometidos por pessoas com diagnóstico de esquizofrenia; em 11 (26%) havia o quadro de retardo mental, seguido por 6 casos de pessoas consideradas com transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e outras drogas; depois, 4 pessoas com epilepsia; e 12 para os demais transtornos (delirante, psicótico, borderline, afetivo bipolar, de personalidade antissocial), considerando que os diagnósticos podem ser simultâneos.

Embora numa análise rápida estes resultados possam levar à leviana e equívoca conclusão de que as pessoas com diagnósticos de esquizofrenia cometem mais homicídios que as demais, na realidade, vemos uma concentração sempre maior de pessoas com este diagnóstico internadas nos Estabelecimentos de Custódia e Tratamento Psiquiátricos/ECTP brasileiros, como mostrou o censo nacional (DINIZ, 2013), o que, para a sua coordenadora, indica muito mais uma seletividade do sistema do que de fato a presença de uma periculosidade intrínseca deste grupo. Podemos dizer que há uma força histórica nessa seletividade, se considerarmos que os delírios e alucinações auditivas, principais sintomas descritos da esquizofrenia, já estavam no centro das argumentações de Heitor Carrilho, no início do século XX, como parte dos diagnósticos “mais perigosos” (DELGADO, 1992). Força que muito provavelmente deve automatizar os exames periciais na avaliação dos casos de homicídio já tendenciosos ao clássico diagnóstico do “perigoso”.

Quando analisamos a tabela de delitos com o filtro “homicídio” vimos que diversos tipos de diagnósticos estavam presentes, embora em números dispersos entre as várias categorias. Assim como vimos todos os demais delitos também cometidos por pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Com isso, queremos dizer que, além da possível seletividade do sistema custodial psiquiátrico, o homicídio não é, em hipótese alguma, um crime exclusivamente – ou em sua maioria – cometido por pessoas consideradas esquizofrênicas, na medida em que todos – e levando-se em conta aqueles que não têm diagnóstico psicopatológico algum – são passíveis de cometê-lo.

As informações quanto ao uso de álcool e outras drogas foram encontradas apenas nos relatórios psicossociais dos internos, a partir dos relatos das pessoas em medida de segurança nas entrevistas de anamnese, para as quais a maioria relatou uso desde antes do cárcere. Do total da população, 41 pessoas relataram uso de álcool e/ou outras drogas; em 28 casos, não havia nenhuma informação a respeito; e 17 negaram uso de álcool e outras drogas. Em geral, as informações eram vagas, pois nem sempre havia referência ao tipo de uso que fizeram: se foi de modo recreativo, esporádico, regular, frequente, se causou dependência etc. Entretanto, como quase metade da população em medida de segurança (47%) relatou uso de álcool e outras drogas anteriores ao cárcere, seria relevante, no processo de desinstitucionalização, que estas informações pudessem ser observadas junto a cada pessoa sobre a necessidade ou não de referenciá-las, quando egressas do HCTP, aos serviços de saúde mental que trabalham na perspectiva da redução de danos – caso elas próprias informassem precisar desse tipo serviço.

Quanto ao uso de medicação no HCTP, observamos um processo de medicalização excessiva imposto à grande maioria da população total institucionalizada. Para admitir o preso nas dependências do HCTP, era procedimento que ele passasse por avaliação psiquiátrica em clínica particular, localizada em Ananindeua, município vizinho a Santa Isabel, já que não havia nenhum médico psiquiatra em seu quadro funcional. Dependendo da agenda do único médico psiquiatra conveniado à SUSIPE, responsável por toda a população carcerária dos municípios próximos de Ananindeua, o primeiro atendimento ocorria dentro do primeiro mês de chegada do preso. Após essa única avaliação, o acompanhamento era dado pela equipe de enfermagem do HCTP que separava os psicotrópicos prescritos nos três turnos do dia para aproximadamente 85% da população internada, quando os medicamentos não estavam em falta. Isto quer dizer que, embora apenas 37% da população total institucionalizada no HCTP fossem pessoas diagnosticadas com algum transtorno mental, a outros 48% da população, sem qualquer diagnóstico, eram também prescritos psicotrópicos.

Por fim, achávamos necessário ver, dentre as pessoas em medida de segurança, quem e quantas haviam sido atendidas ou eram acompanhadas em serviços de saúde mental em seus municípios de origem. Porém, as informações tabeladas referentes a este aspecto eram muito imprecisas, quando não ausentes. As que faziam referência a tratamento anterior ao cárcere nem sempre indicavam o local: alguns poucos citavam o CAPS; outros, apenas “internação psiquiátrica” ou

“internação no Hospital das Clínicas”¹⁶; e outras faziam referência à internação em “casa de repouso”. Com vista a apresentar uma noção geral da ausência de suporte à pessoa com transtorno mental e à sua família, informamos ao menos o quantitativo bruto referente ao tratamento anterior ao cárcere: do total de 86 pessoas, apenas sobre 25 (29%) havia informação de que houve algum tratamento; para 16 não houve tratamento algum; e para 45 pessoas, sobre as quais não havia qualquer informação a esse respeito, suspeita-se que também não houve, já que não há referência ao tratamento anterior ao cárcere nos relatórios psicossociais. Assim, ousamos dizer que em torno de 71% da população diagnosticada com transtorno mental nunca tiveram acompanhamento psicossocial no decorrer de suas vidas, o que nos indica a omissão do Estado diante das necessidades de assistência em saúde dessa população, apesar das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações contidas nas tabelas, sobre cada uma das 86 pessoas, tornaram-se um recurso para atuações da 1ª Vara de Execução Penal (VEP) do Tribunal de Justiça do Estado do Pará (TJE/PA) no sentido da desinternação de vários presos/internos do HCTP. O Perfil, num primeiro momento, serviu para agilizar os mutirões semestrais da 1ª VEP, que antes precisavam de aproximadamente uma semana para a seleção dos processos referentes aos casos mais urgentes, isto é, casos de longas internações, com mais de 15, 20 anos, somadas a graves violações de direito. De posse das tabelas do perfil, passaram a selecionar os casos a partir de alguns critérios (maior tempo de internação, crimes com menos potencial ofensivo, existência de suporte familiar) e usar o tempo restante para atender um maior número de casos. Outras informações referentes aos casos selecionados foram usadas também como elementos para subsidiar as entrevistas da equipe psicossocial da referida Vara, com os internos e sua família, e para a posterior confecção do relatório psicossocial geralmente favorável à desinternação ou, no mínimo, favorável ao fim da medida de segurança, com a sugestão de que no julgamento de outros processos, se fosse o caso, estes resultassem em aplicação de pena, e não mais medida, dando preferência às penas alternativas.

¹⁶ O Hospital de Clínicas Gaspar Vianna, do Governo do Estado do Pará, é referência em Psiquiatria, Cardiologia e Nefrologia. No Hospital há uma emergência psiquiátrica e uma ala psiquiátrica, as quais funcionam num modelo bastante manicomial.

Para além das virtualidades que os dados apresentados neste texto apontaram como direção para a desinstitucionalização da população em cumprimento de medida de segurança no HCTP do Pará, vale registrar que a cessão das tabelas com o perfil da população nos permitiu estabelecer uma parceria com o TJE/PA, a qual se desdobrou em várias ações relacionadas à construção do Programa de Atenção Integral às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei do Estado do Pará.

Por encomenda do juiz da 1ª VEP do TJE/PA, apresentamos um esboço do que poderia vir a ser um projeto de desinstitucionalização dos internos do HCTP aos representantes do Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário, em maio de 2013, o que gerou o encaminhamento para a realização de um Encontro que tratasse apenas da execução da medida de segurança, o qual pudesse funcionar como um disparador das discussões necessárias entre as várias instâncias, de alguma maneira, envolvidas com o tema no Estado. Imediatamente foi estruturado um Grupo de Trabalho Interinstitucional para construir coletivamente o evento, bem como para iniciar a elaboração de uma política ou um programa de desinstitucionalização para a população interna do HCTP. O “III Encontro de Execução Penal: A Execução da Medida de Segurança na Perspectiva da Inclusão Social” foi realizado em outubro de 2013 e seus Grupos de Trabalho debateram e enumeraram várias ações que deveriam subsidiar a elaboração do Programa de um Atenção Integral a essa população. O Grupo de Trabalho Interinstitucional tornou-se a Comissão Estadual Intersetorial de Acompanhamento às Pessoas em Medida de Segurança, contando com a participação de representantes das mais diversas organizações governamentais e não governamentais, entre secretarias estaduais e municipais, órgãos da justiça, universidades, movimentos sociais, conselhos de direito e conselhos profissionais.

A oficialização da Comissão Intersetorial no III Encontro de Execução Penal e a realização, dois meses depois, de uma oficina de capacitação, com o apoio do Ministério da Saúde, para o alinhamento dos gestores do executivo às suas propostas resultou na minuta de um Termo de Cooperação Técnica¹⁷, esboçada em consonância com o que prevê a portaria n. 94/2014 (BRASIL, 2014b), como base para a instituição do Programa de Atenção Integral às pessoas com transtorno mental em conflito com a lei do Estado do Pará.

¹⁷ A minuta do Termo consta no Anexo 6 da tese de doutorado de onde foram retirados as informações deste capítulo.

Após a adesão do Estado do Pará à Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) (BRASIL, 2014a), instituída pela portaria interministerial n. 01/2014, o grupo condutor por ela instituído deveria ter agregado a função de “elaborar estratégia estadual para a atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei e contribuir para a sua implementação”. Tal função está discriminada no artigo 3º da portaria n. 94/2014, lançada também em janeiro de 2014, para instituir o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do SUS, a EAP. No entanto, tanto da Saúde quanto da Segurança Pública do estado, apesar de conversas e tentativas de negociação para a consideração do percurso até então realizado desde 2013, instituíram o Grupo Condutor desconsiderando e substituindo a Comissão Intersetorial, oficializada no III Encontro de Execução Penal, e recuaram na assinatura do Termo de Cooperação Técnica.

Como parte das ações de militância do Movimento Paraense da Luta Antimanicomial (MLA/PA) e atuando junto ao Observatório Nacional de Saúde Mental e Justiça Criminal, em que uma das atividades era auxiliar na implantação da EAP, entendemos que esta poderia ser uma estratégia de dar continuidade ao que já havia sido construído. Nesse sentido, realizamos a busca de profissionais da rede para compor a Equipe e dos seis profissionais interessados, dois foram imediatamente deslocados das suas funções originais para realizar o trabalho de articulação previsto na portaria n. 94/2014. Em seguida, a EAP foi habilitada pela Secretaria Estadual de Saúde e conseguiu ganhar força e se ampliar, até 2015, quando passaram a acompanhar de perto vários internos e egressos do HCTP na direção de um efetivo processo de desinstitucionalização.

Hoje, a EAP acompanha aproximadamente 54 pessoas desinternadas e 55 que aguardam o processo de desinternação no HCTP (GAYA, 2017) e seu efetivo trabalho de atenção integral a essa população deu a base necessária para que o Estado do Pará retomasse a necessidade de se instituir o Programa de Atenção Integral aos mesmos. Assim, após muitas resistências e enfrentamentos, o Programa de Atenção Integral às pessoas com transtorno mental que entraram em conflito com a lei, finalmente, veio se efetivar em maio de 2017, no “I Seminário de Políticas de Saúde para as Pessoas com Transtorno Mental em Conflito com a Lei: experiências da EAP e Inclusão social”. No evento, foi firmada a cooperação mútua, através da assinatura de um novo Termo de Cooperação Técnica, dos seguintes órgãos convenentes: Tribunal de Justiça do Estado do Pará - TJ/PA, Grupo de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário

do Pará, Secretaria de Saúde do Estado do Pará (SESPA), Secretaria Estadual de Assistência Social, Trabalho, Emprego e Renda (SEASTER), Superintendência do Sistema Penitenciário do Estado do Pará (SUSIPE), Ministério Público do Estado do Pará e Defensoria Pública do Estado do Pará. A cooperação iniciada entre os órgãos tem como objetivo estabelecer as diretrizes, responsabilidades e as condições técnicas e operacionais para a implantação do referido Programa.

Ponderamos que para a construção de um Programa de Atenção Integral como política de desinstitucionalização da estigmatizada população com transtorno mental em conflito com a lei, é imprescindível que haja uma forte rede de assistência e atenção à saúde. Além da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos e da garantia de renda através de benefícios e/ou auxílio-reabilitação, os gestores, especialmente, da saúde devem se preocupar em promover espaços de formação aos trabalhadores dos serviços substitutivos de saúde mental e articular com outros setores possibilidades de capacitação aos trabalhadores da Assistência Social, Educação, Segurança Pública etc. Estes devem estar preparados para acolher e vincular os egressos de HCTP aos serviços que conseguirem acessar, buscando facilitar sua reinserção social e sua permanência em liberdade, já que grande parte, quando desassistidos, reagudizam o quadro e ainda retornam ao HCTP, mesmo sem novo delito, como mostra a pesquisa de Biondi, Fialho e Kolker (2003). Apostamos na necessidade de reconhecimento por parte do estado das violações de direitos que empreendeu contra essa população antes e durante a custódia para que responsavelmente assuma o dever de restituir todos os seus direitos usurpados, o que necessariamente exige o investimento numa rede forte de serviços para ampará-la na direção da sua reabilitação psicossocial e da restituição da vida.

Redes vivas de cuidado, além de poderem se utilizar de recursos como o Perfil para promover processos de desinstitucionalização, devem se voltar à história de cada sujeito e ir além para construir, junto com eles, espaços de sociabilidade, modos de estar na cidade e com as pessoas, usufruindo dos espaços coletivos de lazer e cultura como forma de criar novas conexões com o mundo e novos sentidos para a vida.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Homo sacer**. O poder soberano e vida nua I. Belo Horizonte, Editora da UFMG, 2002.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2007.

ASSIS, D. A. D.; SILVA, A. A. Segunda era de direitos da reforma psiquiátrica? A abolição da inimputabilidade penal na passagem da assistência aos direitos da pessoa com transtorno mental. In: Ludmila Cerqueira Correia; Rachel Gouveia Passos. (Org.). **Dimensão jurídico-política da reforma psiquiátrica brasileira**: limites e possibilidades. 01 ed. Rio de Janeiro: Gramma, 2017, v. 01, p. 155-182.

BARROS-BRISSET, F. O. Um dispositivo conector - relato da experiência do PAI-PJ/TJMG, uma política de atenção integral ao louco infrator, em Belo Horizonte. In: **Rev bras crescimento desenvolvimento hum**, 2010, 20(1), p. 115-127.

BIONDI, E.; FIALHO, J. KOLKER, T. **A reinserção social do portador de transtorno mental infrator**: propostas para a adequação das medidas de segurança à Lei 10.216/01. 2003. Disponível em: <https://docs.google.com/document/d/1y1RxYKBSaBfiWB7_MJ4NqBedXfjBFUNzLRqAHPKi8cg/preview>. Acesso em: 09 set. 2014.

BRASIL, **Portaria GM/MS n. 3.088/2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2011b.

BRASIL. **A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência - Versão Comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

BRASIL. **Cartilha BPC**: Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 213 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2018.

BRASIL. **Decreto n. 6.214/2007**. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. **Lei n. 10.216/2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. **Lein. 10.708/2003**. Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF 2003.

BRASIL. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico**. Ministério Público Federal – Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Brasília, 2011a.

BRASIL. **Portaria Interministerial n. 1/2014**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde/Ministério da Justiça. Brasília, 2014a.

BRASIL. **Portaria n. 94/2014**. Institui o serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2014b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios: Relatório Brasil 2015**. Brasília, DF: CFP, 2015. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web1.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2017.

DELGADO, P. G. G. **As razões da tutela**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DINIZ, D. **A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011**. Brasília, Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2013.

ERIBON, D. **Michel Foucault**. Uma biografia. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

FOUCAULT, M. A vida dos homens infames. In: **Estratégia, poder-saber**. Ditos & Escritos IV. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2005.

GAYA, E. Seminário avalia medida de segurança. **Portal de notícias**. Tribunal de Justiça do Estado do Pará. Disponível em: < <http://www.tjpa.jus.br/PortalExterno/imprensa/noticias/Informes/527735-Medida-de-seguranca-em-meio-aberto-em-debate.xhtml>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

KOLKER, T. Instituições totais no século XXI. In: MENEGAT, M.; NÉRI, R. (Org.). **Criminologia e Subjetividade**. Rio de Janeiro: Lúmen Júris Editora, 2005.

PITTA, A. M. F. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: instituições, atores e políticas. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(12), p. 4579-4589. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/02>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2015.

ROTELLI, F. Prevenir a prevenção. In: NICÁCIO, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Editora Hucitec, 1990.

SÃO PAULO. Defensoria Pública do Estado de São Paulo. **BPC Benefício de Prestação Continuada**: conheça o que é e como funciona este direito socioassistencial. [200-]. Disponível em: <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/repositorio/33/documentos/BPC_leitura.pdf> Acesso em: 05 jan. 2018.

SILVA, A. A. **Das vidas que não (se) contam**: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. Tese de doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, 2015. Disponível em: <<https://sapiencia.pucsp.br/bitstream/handle/17130/1/Alyne%20Alvarez%20Silva.pdf>>. Acesso em: 4 jan. 2018.

YASSUI, S. **Rupturas e Encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.



➤ **O TRABALHO DE OPERADORA DE CAIXA DE SUPERMERCADO: UMA PROPOSTA DE ESTUDO COM BASE NA PSICODINÂMICA DO TRABALHO**

Ana Carolina Secco de Andrade Mélou
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Laura Soares Martins Nogueira

INTRODUÇÃO

O presente capítulo introduz uma discussão sobre a análise da Psicodinâmica do Trabalho de operadoras de caixa de supermercado. Esta discussão faz parte de uma análise mais ampla contida em uma pesquisa desenvolvida como requisito do curso de Mestrado em Psicologia do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFGPA). Assim, neste capítulo estão apresentadas: informações e reflexões sobre o cargo de operadora de caixa de supermercado, um levantamento sobre as produções acadêmicas realizadas no país nos últimos dez anos envolvendo este cargo, bem como a proposta de uma análise, a partir de outro olhar, do trabalho das operadoras de caixa de supermercado, sendo proposto aqui o enfoque da saúde mental com base na Psicodinâmica do Trabalho.

Dejours (2004), em seu artigo intitulado *Subjetividade, trabalho e ação*, expõe que o trabalho pode receber variadas conceituações entre as diferentes disciplinas - sociologia, ergonomia, economia, engenharia, a psicologia. Para alguns, trata-se antes de tudo de uma relação social ou relação salarial; para outros, trata-se do emprego; e para outros ainda, trata-se de uma atividade de produção social. Heloani e Lancman (2004) afirmam que o trabalho vai para além do simples ato de trabalhar ou de vender a sua força de trabalho para obter a remuneração necessária ao provimento material. Estes autores acreditam que ele assume um papel central na constituição da identidade individual e possui implicação direta nas diversas formas de inserção social dos indivíduos. Neste sentido, o trabalho pode ser visto como fundamental na constituição das redes sociais e nas trocas afetivas e econômicas, base da vida cotidiana das pessoas.

Ferraz (2013) acrescenta que o trabalho não possui uma significação própria em si. Este pode representar um mero ganha-

ção, como também pode assumir o papel de algo mais significativo na vida interior de um ser humano. Portanto, seu valor é condicionado pelo significado dado por cada pessoa, sendo este significado definido através da relação estabelecida entre a organização do trabalho e a subjetividade do trabalhador e da trabalhadora.

O trabalho é objeto de variadas e ambíguas atribuições de sentidos, como destacam Borges e Yamamoto (2014). Cotidianamente ouvimos, ou muitas vezes nós mesmos falamos frases que expressam a relação estabelecida com o trabalho. Portanto, falar do trabalho pode ser motivo de orgulho e felicidade, como também pode elucidar algo penoso e indesejado. Fato é que a bipolaridade prazer-sofrimento relacionada ao trabalho é evidente se pensarmos em tais exemplos diários. Assim, a dinâmica prazer-sofrimento psíquico que permeia as experiências subjetivas com o trabalho ganha fundamental atenção dentro da Psicodinâmica do Trabalho, sendo base de vários estudos sobre a saúde mental relacionada ao trabalho.

SOBRE O SUPERMERCADO

O que define fortemente o setor de supermercados é o autosserviço, sistema no qual os produtos ficam expostos em prateleiras e cabe aos clientes percorrer o interior da loja, a fim de escolher que produtos irão comprar sem que haja obrigatoriamente o contato direto com um funcionário para intermediar o acesso aos produtos, sendo que ao fim das compras o cliente deverá comparecer a um caixa para efetuar o pagamento do valor devido pelos produtos selecionados. É justamente a forma pela qual o cliente tem acesso ao produto, que diferencia o varejo tradicional do varejo moderno. Enquanto no varejo tradicional (padarias, farmácias, etc) existe um balcão que separa o cliente de um lado e o funcionário e os produtos do outro, no varejo moderno o sistema de venda se dá predominantemente pelo autosserviço. O formato de loja de supermercado e este sistema de autosserviço (*self-service*) que conhecemos hoje tiveram seu berço nos Estados Unidos (EUA), com a inauguração das lojas *Alpha Beta Market* (Califórnia) e *Piggly Wiggly* (Tennessee) (SESSO FILHO, 2003).

Após a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945) os Estados Unidos passaram a exercer forte influência em boa parte dos países. Entre suas novidades estava o novo modelo de comercialização de alimentos, o supermercado, que não demorou a ser replicado no Brasil. Não há uma precisão sobre qual foi o primeiro supermercado brasileiro. Há citações de

que as lojas “Sirva-se” e “Americano” foram inauguradas em São Paulo, com diferença apenas de alguns meses, no ano de 1953. No ano seguinte, a loja Peg-Pag foi a terceira a entrar em funcionamento no país, também em São Paulo (RATTO; LANDI, 2008). Foi somente a partir do final dos anos 1960 que os supermercados se estabeleceram como um importante meio de distribuição e venda de alimentos no Brasil (PADILHA, 2007).

De acordo com a Classificação Nacional de Atividades Econômicas - CNAE¹⁸, de responsabilidade do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Conselho Nacional de Classificação (CONCLA), os supermercados fazem parte do grupo denominado como “Comércio varejista não especializado”, que se refere aos estabelecimentos que comercializam produtos em geral, com predominância de oferta de produtos de gênero alimentício. Esses estabelecimentos podem ser classificados em:

Tabela 1 - Classificação dos comércios varejistas de alimentos

4711-3/01	Hipermercados: Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, e área de venda superior a 5.000m ² .
4711-3/02	Supermercados: Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, área de venda de 300 a 5.000 m ²
4712-1/00	Minimercados, mercearias e armazéns: Comércio varejista de mercadorias em geral, com predominância de produtos alimentícios, área de venda inferior a 300m ² .

Fonte: IBGE/CONCLA/CNAE (2007).

Uma loja de supermercado, no geral, de maior porte apresenta o seguinte formato: setor de compras, marketing, recursos humanos, logística, manutenção, administrativo, financeiro e operações (lojas) (RATTO; LANDI, 2008). As atividades de medicina e segurança do trabalho são geralmente alocadas dentro do administrativo. A área operacional (loja) é dividida em setores, seções e subseções. Os setores da loja são: 1) frente de loja; 2) salão (também chamado de mercearia), 3) perecíveis: lanchonete, peixaria, açougue, padaria, frios, hortifruti ou FLV (frutas, legumes e verduras), *fast food* (grelhados); 4) cozinha; 5) segurança; 6) limpeza; e 7) depósito.

A frente de loja compreende: o balcão da recepção, o guarda-volumes, a adega, tesouraria e a bateria de *checkouts*.¹⁹ Na frente de loja geralmente encontramos os cargos de: Gerente de frente de loja, fiscal de caixa,

¹⁸ CNAE é o sistema de classificação nacional das atividades econômicas que foi estabelecido em no ano de 1995 (CNAE 1.0) e teve sua versão atualizada em 2007 (CNAE 2.0), (CLASSIFICAÇÃO..., 2007).

¹⁹ *Checkout* é o termo utilizado para se referir ao balcão do caixa do supermercado.

operadora de caixa, embalador (empacotador), arriador²⁰ e recepcionista. A frente de loja, como o próprio nome indica, se localiza na parte frontal da loja e comanda os demais setores, é também uma referência para os clientes. Esta área tem vital importância para o negócio, pois é lá que se efetivam os pagamentos e ocorrem as transações financeiras.

De todos os cargos envolvidos na operação de uma loja de supermercado, o de operadora de caixa é o único que, certamente, terá contato direto com o cliente. Isto porque, dependendo dos itens da compra, o cliente pode não precisar estabelecer contato com nenhum funcionário da loja, já que no formato do supermercado prevalece o autosserviço, como já explicado anteriormente. Portanto, o cargo de operadora de caixa envolve as habilidades de operação características do seu posto de trabalho e também as responsabilidades inerentes ao contato com a clientela.

Padilha (2007) explica que o trabalho em supermercados pode ser definido como uma reprodução da antiga atividade de intermediação entre produtor e consumidor por um único mercado ou comerciante, sendo este o dono do capital. O que difere é que esta atividade é realizada não mais unicamente pelo dono do negócio, mas sim por vários trabalhadores e trabalhadoras assalariados/as. Embora, seja o dono do negócio o controlador de tudo e o mantenedor do comércio.

A FRENTE DE LOJA E O CARGO DE OPERADORA DE CAIXA

O setor de frente de loja de um supermercado é habitualmente marcado pela predominância das mulheres. Embora seja possível encontrar alguns homens operando os caixas, eles geralmente ocupam o cargo de gerente, de empacotador ou arriador, sendo as mulheres que majoritariamente exercem as atividades nos caixas, o que aponta para a questão da divisão sexual do trabalho no setor supermercadista. Sobre a divisão sexual do trabalho, Hirata e Kergoat (2007) afirmam que é uma forma de divisão social com base na separação entre trabalhos de homens e trabalhos de mulheres, a qual é moldada historicamente. Nela cabe aos homens o trabalho pertinente à esfera produtiva e com maior valor social. Já para as mulheres cabe o trabalho de característica reprodutiva e subordinado.

²⁰ É o funcionário que conduz as compras do cliente até o estacionamento e ou até fora loja para armazená-las no táxi. Anteriormente o arriador também conduzia as compras até pequenas distâncias fora da loja, até a residência do cliente. Contudo, tal prática não é mais permitida, o que causou uma redução de funcionários neste cargo.

Brito e Oliveira (2011) afirmam que ser “trabalhador” não é o mesmo que ser “trabalhadora”. Estes autores, ao elucidar a realidade do trabalho feminino em uma indústria têxtil, indicaram que as mulheres estavam restritas a uma única seção no processo de produção. Já os homens encontravam-se presentes em vários cargos distribuídos nas quatro seções de trabalho. Concluíram, então, que tal fato mostrava-se como um entrave para a ascensão funcional das trabalhadoras. Outro aspecto desta divisão se refletia na forma que o trabalho estava organizado e realizado, pois o trabalho feminino era mais estático e encontrava-se sob constante vigilância.

Considerando tais afirmações, é possível traçar um paralelo com setor de frente de loja e o cargo de operadora de caixa de supermercado. Para a operadora de caixa também há uma limitação física e espacial considerando a área do balcão no qual a trabalhadora deve permanecer e sair somente com autorização do seu superior hierárquico, além do rígido controle e supervisão por parte da empresa através das câmeras de monitoramento, que geralmente estão presentes em cada caixa, e do controle direto por parte dos gerentes. Assim como as trabalhadoras da indústria têxtil, para operadoras de caixa há pouca oportunidade de progressão na estrutura funcional do supermercado, elas geralmente permanecem vários anos neste cargo e, não raro, saem da empresa sem ter recebido nenhuma promoção.

Cardoso (2015) ao realizar sua pesquisa de tema “A Mulher e o trabalho: o cotidiano das trabalhadoras dos supermercados”, afirma que o comércio varejista é um dos responsáveis pela manutenção da exploração da força de trabalho feminina. Pois, a mulher é comumente contratada para cargos como operadora de caixa e de atendimento em geral, nos quais é exigida a constante atenção, prestação de serviço com qualidade, saber contornar as situações de insatisfação dos clientes. A oferta de trabalho predominantemente para mulheres nestes cargos baseia-se na ideia de que a calma, afetividade e sensibilidade são atributos essencialmente femininos.

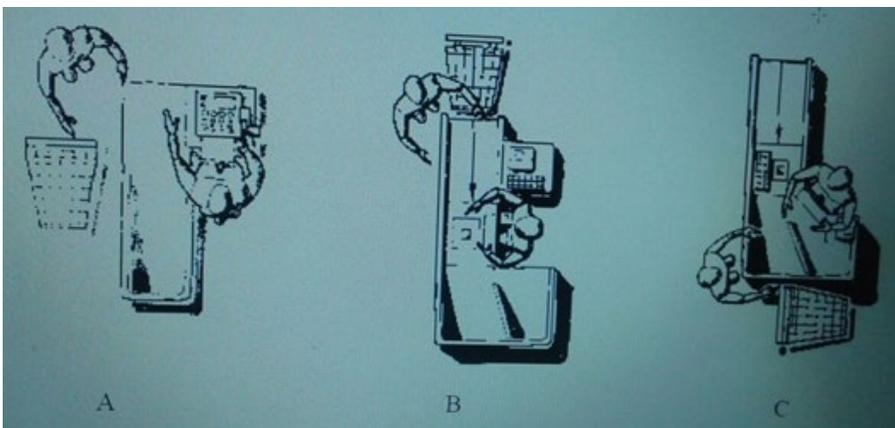
No artigo “Se eu pudesse não ser caixa de supermercado...”, Angelo Soares (1997) aponta que a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho é acompanhada de uma segregação ocupacional, que diz respeito à tendência de concentração da mão-de-obra feminina em algumas profissões, como: secretárias, enfermeiras, professoras de primeiro grau e caixas de supermercado, sendo tais profissões denominadas de “colarinho rosa”. Acrescenta ainda que

estes trabalhos possuem um baixo prestígio, são mal remunerados e apresentam condições de execução cada vez mais precárias. Sobre os fatores que levam uma mulher a trabalhar como operadora de caixa de supermercado, o autor aponta que este processo de “escolha” é permeado pela desigualdade de classe, gênero, raça. Dentre as respostas das operadoras de caixa de supermercados da cidade de São Paulo e Quebec por ele entrevistadas sobre a “escolha” por este trabalho, destacaram-se:

- a) A dimensão econômica: a necessidade de ter uma renda para garantir as condições de sobrevivência. Ter um trabalho de carteira assinada e ter seus direitos trabalhistas resguardados, vantagens sociais e convênio médico;
- b) A pouca demanda de qualificação: a maioria dos supermercados não exige experiência prévia no cargo. E nem o curso na área. Alguns supermercados aceitam contratar exigindo a escolaridade mínima do primeiro grau (ensino fundamental) completo.

O posto de trabalho designado à operadora de caixa de supermercado é tradicionalmente denominado de checkout, pois é lá que o cliente deve se dirigir, antes de deixar a loja do supermercado, para que sejam efetuadas as operações de registro e cobrança das mercadorias. Existem vários formatos de checkouts.

Figura 1 – Configuração de checkout: A (configuração básica); B (configuração corredor frontal); C (configuração retro-frontal a 45°)



Fonte: Santos (2004 *Apud* Floris; Giommi, 1997).

O checkout é composto pelos seguintes itens: balcão para depósito das mercadorias, esteira de rolagem movida por um dispositivo acionado pela operadora, scanner com leitor óptico, teclado, monitor, máquina de leitura de cartão (pin pad), impressora de cupom fiscal, gaveta para guardar os valores, cadeira (RATTO; LANDI, 2008). Em algumas regiões do Brasil os checkouts dos supermercados também possuem balança digital para pesagem dos produtos, que também deve ser feita pela operadora de caixa.

O cargo de operadora de caixa exige que a trabalhadora execute várias atividades simultaneamente. Durante o atendimento de um cliente, por exemplo, é preciso que ela tenha atenção ao registro os produtos, responda aos questionamentos e preste informações, confira os valores em dinheiro e verifique a autenticidade das notas recebidas, detecte erros de pesagem ou de codificação de produtos, confira dados de identificação do cliente, empacote as mercadorias.

O cliente é, certamente, um elemento fundamental no trabalho da operadora de caixa, pois é ele que dita o ritmo e velocidade do seu trabalho, que é influenciado pelo tamanho da fila de espera no caixa (SANTOS, 2004). Isso mostra que este cargo exige que, além do conhecimento operacional em saber manusear o caixa, a trabalhadora tenha habilidades em saber se relacionar da melhor forma com os clientes e suas demandas. Em Soares (1997, p. 18), uma trabalhadora pontua que:

Eles (os clientes) não gostam de esperar, ele quer chegar e quer ser bem atendido, quer logo, não gosta de passar um minutinho na fila, ele não gosta de enfrentar fila, então ele descarrega na gente (Caixa de supermercado, Brasil, 27 anos).

Soares (2011) acrescenta que a dimensão emocional é muito importante e disseminada nos supermercados, sendo a operadora de caixa a trabalhadora que passa a maior parte do tempo com a clientela. Estas trabalhadoras acabam servindo como um para-choque entre os clientes e o supermercado, e por isso são frequentemente vítimas de diversos tipos de abusos e violências por parte dos clientes, sendo constantemente necessário gerir suas emoções, continuar sorrindo e manter a calma para prosseguir o trabalho dentro do padrão exigido pela empresa.

Um estudo de caso realizado por Braga et al. (2013) com operadoras de caixa de uma rede mineira de supermercado, analisaram as fontes de tensão decorrentes deste trabalho. Neste estudo participaram 55 operadoras de caixa, do total de 65 operadoras empregadas. A coleta

dos dados ocorreu através da aplicação de um questionário. Dentre os fatores investigados como associados às tensões excessivas no trabalho de operadora de caixa estavam: aspectos intrínsecos ao trabalho; ações gerenciais; relacionamento interpessoal e interface casa/trabalho. A tabela a seguir apresenta as conclusões obtidas pelo referido estudo sobre os fatores analisados:

Tabela 2 – Fontes de tensão decorrentes do trabalho

Fator	Indicador	(%)*
Aspectos intrínsecos ao trabalho	Execução de várias atividades simultaneamente e com alto grau de cobrança	76,4%
	Ocorrência de prazos apertados para a realização do trabalho	50,9%
	Execução de um trabalho complexo e desgastante	47,3%
Ações gerenciais	Alta obsessão p/ resultados por parte da alta gerência/direção	61,8%
	Grande parte das decisões sobre o trabalho das operadoras de caixa é tomada sem sua participação	56,4%
	Falta de autonomia na execução do trabalho	52,7%
Relacionamento Interpessoal	Estar sempre disponível para atender as pessoas	80,0%
	Situações de tensão excessivas inerentes às relações humanas no trabalho	74,1%
	Ter que interagir com pessoas de difícil relacionamento	70,0%
	Conviver com pessoas desequilibradas emocionalmente	58,2%
Interface casa/trabalho	Vontade de melhorar a qualidade de vida, mas não tem tempo por causa do trabalho	76,4%
	Excessiva carga de trabalho e convívio familiar diminuído	70,9%
	Dificuldade de conciliar o trabalho c/ compromissos sociais e lazer	65,5%
	Dificuldade p/ desligar-se do trabalho mesmo estando em casa	41,9%

Soma das repostas das categorias “frequente” e “muito frequente”

Fonte: Braga et al. (2013) com adaptação dos autores (2017).

OS ESTUDOS SOBRE O CARGO DE OPERADORA DE CAIXA DE SUPERMERCADO

A fim de conhecer e identificar a diversidade dos estudos nacionais realizados sobre o trabalho de operadoras de caixa de supermercado foi feito o levantamento das produções acadêmicas sobre esta temática. Este levantamento ocorreu durante o mês de setembro de 2017 e o critério de pesquisa foi a busca virtual, considerando o período de

2007 a 2017, nos seguintes sites que abrangem a produção acadêmica brasileira: Portal de Periódicos CAPES, Scientific Electronic Library Online - SciELO e o site Google Acadêmico. Para tal busca foram utilizados os seguintes descritores: “operadores de caixa”, “checkout” “supermercado”, e “saúde”.

Considerando os três sites nos quais a referida busca foi realizada, o Google Acadêmico foi o que localizou maior número de produções conforme os descritores usados, inclusive as produções que haviam sido apontadas também no Portal da CAPES e SciELO. Foi localizado o total de 317 produções, que versavam sobre temas diversos envolvendo o supermercado, como: estrutura, marketing, clientes de supermercado, trabalhadores/trabalhadoras de supermercado, entre outros. Contudo, deste total foram selecionadas somente 31 produções que atendiam ao objetivo do levantamento, ou seja, tinham o cargo de operadores/operadoras de caixa de supermercado como público-alvo da pesquisa. Essas 31 produções selecionadas compreenderam: trabalho de conclusão de curso de graduação (TCC), monografia de especialização, artigos publicados em revistas, trabalhos apresentados em congresso/simpósio e dissertações de mestrado. A tabela abaixo mostra essas produções divididas por área temática:

Tabela 3 – Produções acadêmicas sobre operadoras de caixa de supermercado divididos por área temática

Área Temática	Quantidade
Administração	4
Educação Física	1
Enfermagem	1
Engenharia de Produção	6
Engenharia de Segurança do Trabalho	2
Ergonomia	7
Estudos da Linguagem	1
Fisioterapia	4
Geografia	1
Sociologia	1
Trabalho e Gênero	3

Fonte: adaptação dos autores (2017).

Na tabela a seguir estão apresentados os títulos, autores e o ano de cada uma das 31 produções localizadas.

Tabela 4 – Título, autores e ano das produções

Área Temática	Autores	Ano
Análise de posturas e movimentos de operadores de checkout de supermercado	Celita Trelha, Rodrigo Carregaro, Renata de Castro, Juliana Citadini, Douglas Gallo, Daniela da Silva	2007
Fatores associados ao trabalho de operadores de checkout: investigação das queixas musculoesqueléticas.	Clarissa Teixeira, Maricel Torres, Antônio Moro, Eugenio Merino	2009
A postura no trabalho dos operadores de checkout de supermercados: uma necessidade constante de análises	Eduardo Batiz, Andréia dos Santos, Olga Licea	2009
Divisão sexual do trabalho, mundialização do capital e a outra face da inserção profissional tecnológica feminina: o caso das operadoras de checkout em hipermercados.	Nilo Silva Pereira Netto, Nanci Stancki Silva	2010
O enfermeiro do trabalho e o transtorno depressivo em operadores de caixa de supermercado.	Hellen Martins, Juliana Montezeli, Amanda Pugin	2010
The effect of different supermarket checkout workstations on trunk kinematics of checkout operators / O efeito de diferentes modelos de checkout na cinemática de operadores de checkout de supermercado.	André Rodacki, João Vieira	2010
Proporção de Sintomas osteomoleculares em operadoras de caixa de supermercados do Distrito Federal	Mara Ribeiro, Laura de França, Maria Aguiar.	2010
Avaliação da flexibilidade de operadores de caixa de supermercado por meio do teste sentar e alcançar.	Bárbara Gonçalves, Débora Trindade, Vinícius de Freitas, Daniela Zazá.	2011
Análise exploratória sobre o posto de trabalho de operadoras de checkout de supermercados de Nova Iguaçu e Rio de Janeiro.	Evandro Moreira, Tayzi Bastos, Vicente Nepomuceno	2011
Análise ergonômica e intervenções nos postos de trabalho de operadores de caixa de supermercado (checkout).	Cassiana Semensato	2011
Análise ergonômica do posto de trabalho de operadores de caixa no supermercado BC.	Daniele Gomes, Huezer Sperandio, Pompeu Guimarães, Nilton Fiedler	2011
Tão longe, tão perto: o trabalho no setor de serviços.	Angelo Soares	2011
Mundialização do capital e divisão sexual do trabalho: a walmartização das operadoras de checkout.	Nanci Stancki da Luz, Nilo Silva Netto	2011
Saúde e qualidade de vida do operador de caixa de supermercado.	Juiana Teles Galvão	2012
A influência do capital psicológico no bem estar de trabalhadores: estudo com operadores de caixa de supermercados.	Warton Souza, Gildemar Conceição	2013

Tensões no trabalho: estudo com operadores de caixa de uma rede mineira de supermercados.	Juliana Braga, Luciano Zille, Luana Braga, Diego Zille	2013
Motivação no trabalho: um estudo sobre a motivação dos operadores de check out de um supermercado de Natal-RN.	José Arnaldo Ferreira de Morais Junior	2013
Operadores de caixa de supermercado - análise antropotecnológica do trabalho.	Juliana Stôpa, Nagela Dabdad, Rafaela de Melo	2013
Cargas de trabalho na rotina de operadores de caixa de um supermercado.	Eva Bessa Soares	2013
Análise macro ergonômica do trabalho: um estudo junto ao setor de checkout de uma rede varejista localizada em Lajeto do Muriaé/RJ.	Camila Alberoni, Pedro Bazeth, Denise Nascimento, Ailton Ferreira, Paulo Siqueira.	2013
Encontro de encontros: investigando a atividade de trabalho de operadores de caixa e empacotadores.	Tamires Dártora	2013
Análise dos riscos potenciais em um supermercado localizado na região de Curitiba.	Annelise Nairne Schamne	2014
Efeitos das condições ergonômicas na produtividade dos operadores de postos de checkout em supermercados do município de Itabira/MG.	Thaís Oliveira, Ionara Houry Heizer, Gilberto Braga Pereira, Silvia Menezes Pires Dias, Renato Ramos Coelho	2014
Análise da DORT em operadores de caixas de supermercado: um estudo de caso. Ergonomia de projeto-check-out atacarejo ²¹ .	Marcos Ghisi Gustavo Marcelo Vinent, Marcelo Kuczkowski Rodrigues	2015
A mulher e o trabalho: o cotidiano das trabalhadoras dos supermercados	Deanne Teles Cardoso	2015
Análise da carga física de trabalho para prevenção da fadiga – um estudo de caso – operador de checkouts	Angélica Barbosa Lopes Gomide	2015
Estratégias individuais de regulação adotadas por operadores de checkout.	Maria Fernanda Andrade de Araújo, Raoni Rocha	2016
Benefícios do sistema de pausa e rodízio adotados pela fisioterapia do trabalho na prevenção de LER/DORT.	Nelson Lucas Costa Pinheiro	2016
A equidade de gênero nos serviços em um setor de supermercado de Aracaju.	Maria Cruz, Flávio Araújo	2017
Análise ergonômica dos movimentos e posturas dos operadores de checkout em um supermercado localizado na cidade de Cataguases, Minas Gerais.	Josiane de Souza, Mauro Lúcio Mazini Filho	2017

Fonte: adaptação dos autores (2017).

De acordo com as informações contidas nas tabelas acima, é possível perceber que: 1) em todos os anos que compreendem o período de 2007 a 2017, excetuando o ano de 2008, foram localizadas produções acadêmicas brasileiras sobre o cargo em questão, o que aponta que o

²¹ É Denominação para as lojas de supermercados que vendem em sistema de atacado e varejo simultaneamente.

trabalho de operadora de caixa de supermercado tem sido foco de estudos; 2) houve também uma diversidade de áreas temáticas que se dedicaram a investigar o referido cargo; 3) é notável que o enfoque das pesquisas e estudos brasileiros concernentes às atividades de operadoras de caixa de supermercado, dentro do período considerado, recai, em sua maioria, sobre os aspectos ergonômicos/biomecânicos e na saúde do corpo; 4) os estudos encontrados que discutem a relação entre gênero e trabalho evidenciam uma importante característica que marca este cargo, conforme já assinalado e; 5) dentre as trinta e uma produções selecionadas, somente uma relaciona o trabalho de operadora de caixa de supermercado com a saúde mental, abordando a psicopatologia do transtorno depressivo.

Os achados mencionados corroboraram com o a necessidade de realizar mais pesquisas que investiguem, a partir de outro enfoque, o trabalho das operadoras de caixa de supermercado, como por exemplo, a questão da saúde mental relacionada ao trabalho, assim como a relação entre subjetividade e trabalho.

A PSICODINÂMICA DO TRABALHO: PROPONDO OUTRO OLHAR SOBRE AS OPERADORAS DE CAIXA DE SUPERMERCADO

A Psicodinâmica do Trabalho (PDT) é uma teoria criada nos anos de 1980, pelo francês Christophe Dejours, Doutor em Medicina, Especialista em Medicina do Trabalho, Psiquiatra e Psicanalista, e que compõe o conjunto de teorias pertencentes às clínicas do trabalho. Tal clínica busca desenvolver o campo da saúde mental e trabalho, visando compreender os processos psíquicos envolvidos. A teoria de Dejours busca compreender os aspectos psíquicos e subjetivos que são mobilizados a partir do confronto do sujeito com a organização do trabalho, estudando os aspectos menos visíveis que são vivenciados por trabalhadores e trabalhadoras, como: mecanismos de cooperação, reconhecimento, sofrimento, estratégias defensivas, ideologias defensivas e resistências à dimensão da vida contrariada que acontece no trabalhar. Para tanto, utiliza-se de um método que liga a pesquisa à intervenção, pautado nos princípios da pesquisa-ação da clínica do trabalho (HELOANI; LANCMAN, 2004).

A Psicodinâmica do Trabalho originou-se principalmente de uma dissidência epistemológica em relação à Psicopatologia do Trabalho. Pois, não se limitou mais a pesquisar e observar as doenças mentais do trabalho, mas passou a considerar que, no geral, os trabalhadores e as trabalhadoras não sucumbem à doença mental, elegendo, portanto, a normalidade

como enigma (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994). Desta forma, o conceito de sofrimento psíquico é uma das bases do pensamento de Dejours, sendo este definido como um estado de luta do sujeito contra as forças que estão empurrando-o em direção à loucura. O sofrimento psíquico diz respeito à vivência subjetiva intermediária entre a doença mental descompensada e o bem-estar psíquico. Resultado da ação coercitiva do trabalho, o sofrimento não deve ser considerado como uma consequência infeliz, uma vez que pode ser o ponto de partida. Trabalhar pressupõe poder tolerar o sofrimento, sendo este a via para superar o obstáculo que se apresenta. É desta capacidade do sujeito de tolerar o sofrimento, que advém a possibilidade de encontrar soluções (DEJOURS, 2007).

Mendes (2007) destaca que, de acordo com a teoria de Dejours, um dos sentidos do trabalho é o prazer, o qual emerge quando este permite a criação de uma identidade, quando possibilita a aprendizagem de um saber específico, quando permite criar e desenvolver novas formas de execução da tarefa. O trabalho que gera vivências de prazer é aquele que reúne condições para que os trabalhadores e trabalhadoras interajam entre si, onde haja socialização e transformação. Assim, o trabalho que permite a sublimação²² é fonte de prazer, favorece a saúde mental e reafirma a identidade do sujeito, à medida que este pode se realizar e se reconhecer em sua atividade laboral, usando sua criatividade e empregando algo de si através do uso de seu aparelho psíquico. O contrário ocorre quando o trabalho engessa a utilização de um modo operatório próprio do sujeito, com uma organização que restringe a sua liberdade e bloqueia as possibilidades de sublimação, podendo ser causa de sofrimento psíquico (SELIGMANN-SILVA, 2011).

As vivências de prazer e sofrimento que os trabalhadores e trabalhadoras podem experimentar no contexto laboral estão ligadas ao conceito de organização do trabalho, que também é basilar na teoria dejouriana. Em sua definição, a organização do trabalho é compreendida como a divisão das atividades, o conteúdo da tarefa, os procedimentos e ritmo de trabalho, o sistema de hierarquia que norteia a relação humana com os pares, com os subordinados e com a chefia, bem como as questões de comando e de poder envolvidas. A organização do trabalho distingue-se do conceito de condições de trabalho, que se refere às condições físicas, químicas e biológicas do ambiente de trabalho (iluminação, sonoridade, odores, manipulação

²² Mecanismo psicológico de defesa proveniente da teoria psicanalítica. In: FREUD, Sigmund. **O mal-estar na cultura**. Porto Alegre: L&PM, [1930]2010.

de produtos, fumaça, vapores, poeira, bactérias, fungos, etc.) e as condições de higiene e de segurança (DEJOURS, 2009).

As formas como os trabalhadores e trabalhadoras enfrentam as situações geradoras de sofrimento psíquico e as dificuldades durante a realização das atividades laborais foram explicadas por Dejours (2009) através dos conceitos de mecanismos individuais de defesa e de estratégias coletivas de defesa. Sobre as estratégias coletivas de defesa, Dejours explica que são meios e regras criadas pelos trabalhadores e trabalhadoras para se protegerem das ameaças contra a sua saúde mental, provenientes da relação com o trabalho. Estas regras são engenhosas, sutis e diversas, cujo objetivo é fazer o trabalhador suportar o sofrimento sem adoecer, minimizando sua percepção desta vivência do sofrer. São regras de conduta criadas e utilizadas coletivamente, e que podem variar de acordo com as situações de trabalho. A construção de tais regras se dá através de um consenso do grupo de trabalhadores e a manutenção delas por todos do grupo é o que garante que não haja uma ruptura no equilíbrio conseguido nas defesas contra a precarização do trabalho (DEJOURS, 2009).

A relação com o trabalho demanda o engajamento do sujeito, pois a atividade de produção implica também na transformação do próprio trabalhador para que seja superada a lacuna entre o trabalho prescrito e trabalho real. O trabalho prescrito diz respeito às normas e a todos os procedimentos que regem a execução das atividades. Contudo, as situações cotidianas são atravessadas por imprevistos que podem impossibilitar a execução harmoniosa de tais prescrições, como por exemplo: problemas com ferramentas, panes de equipamentos, questões relativas aos próprios trabalhadores. Estes acontecimentos inesperados evidenciam uma discrepância entre trabalho que está prescrito e trabalho real, ou seja, tal como ele se apresenta. Trabalhar é, portanto, preencher esta lacuna entre o real e o prescrito, o que implica na mobilização da subjetividade do trabalhador e da trabalhadora, posto que ele/ela precisará fazer acréscimos às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados, ou acrescentar algo em si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele segue e executa fielmente as prescrições (DEJOURS, 2004).

O trabalho também permeia a construção social do sujeito. Pelo trabalho o sujeito busca também a sua validação na sociedade em que faz parte. Dejours (2004) explica que para o sujeito não basta estar à altura dos desafios apresentados pelo real do trabalho, existe a necessidade que a contribuição de suas inteligências e seu desempenho sejam validados pelos outros. O trabalhador está à espera do reconhecimento do outro.

O reconhecimento é uma reivindicação em geral indissociável do comprometimento subjetivo na tarefa. Dejours (2007) afirma que para além do provimento material proporcionado pelo trabalho, o reconhecimento fornece uma retribuição simbólica valiosa e constitui em importante fator para as vivências de prazer e manutenção da saúde mental do trabalhador.

No artigo *Nathalie M. Le refus d'encaisser*, publicado em periódico francês, uma operadora de caixa relata a falta de reconhecimento no trabalho e a inexistência de oportunidade de ascensão funcional, ainda acrescenta:

É um trabalho difícil... No início, a gente não percebe. A gente conversa com os clientes, com as outras operadoras, tenta não cometer erros no caixa. Mas, rapidamente, se torna muito duro. A gente faz sempre a mesma coisa [...] Eles (os clientes) estão sempre apressados, estressados. Eles não veem que tem uma pessoa de verdade atrás do caixa (...). E, à medida que não lhe enxergam mais, você acaba por se comportar como uma máquina. A gente faz os mesmos gestos e não reflete mais²³ (Nathalie M., operadora de caixa há 12 anos em um supermercado francês, BENQUET, 2009, p. 13-14, tradução nossa).

A Psicodinâmica do Trabalho compreende a questão da saúde mental relacionada ao trabalho através da análise das vivências de prazer e sofrimento que o sujeito experimenta em sua relação com as atividades laborais e na relação com os outros no contexto do trabalho. E uma vez interessada nas vivências do trabalho, que são da ordem do singular, do subjetivo, a Psicodinâmica do Trabalho elegeu a palavra como via de acesso a estas vivências. Moraes (2015) explica que escuta qualificada da fala dos trabalhadores e trabalhadoras poderá permitir a conscientização sobre situações vividas em suas atividades laborais e as relações subjetivas e intersubjetivas, sendo fundamental para proporcionar a oportunidade de suspender as defesas, a partilha do conhecimento real do trabalho, bem como a reorganização do mesmo.

CONCLUSÃO

O trabalho de operadora de caixa de supermercado reúne um conjunto de atividades que precisam ser executadas simultaneamente. Conforme o levantamento realizado, o resultado e a análise das

²³ Texto completo e original: BENQUET, Marlène Nathalie M. Le refus d'encaisser. In: Marlène. Nathalie M. *Travail, genre et sociétés*. n. 21, p. 9-24, abr. 2009.

consequências da exigência física e os agravos à saúde do corpo relacionado a este trabalho já constam em significativo número de produções acadêmicas publicadas no país nos últimos dez anos. Assim como as produções que discutem a divisão sexual do trabalho existente dentro do supermercado e que faz do caixa um posto que absorve, quase que exclusivamente, mulheres, corroboram com a discussão na qual a divisão do trabalho entre homens e mulheres pauta-se em uma divisão do papel socialmente construído para cada sexo, sendo que a mulher tende a ocupar um lugar de subordinação e de menor qualificação.

Mediante o exposto sobre a demanda emocional contida no trabalho de operadora de caixa de supermercado, como as tensões pertinentes na relação com os clientes, a necessidade de estar sempre disponível para atender, ter que interagir com pessoas difíceis ou desequilibradas emocionalmente, ter o ritmo de trabalho ditado em função das filas e do comportamento da clientela, assim como o controle rígido e a pouca perspectiva de ascensão profissional. Essas questões apontam para a necessidade do desenvolvimento de estudos que investiguem outras temáticas também importantes acerca do trabalho de operadora de caixa de supermercado, por exemplo, sobre como estas trabalhadoras vivenciam o seu trabalho e como a relação subjetiva estabelecida com as atividades laborais está impactando na saúde mental destas mulheres. Ao propor tal investigação, entende-se que Psicodinâmica do Trabalho oferece uma sólida sustentação teórica para esta discussão.

A oferta de um espaço para que as operadoras de caixa de supermercado possam falar sobre de suas vivências e da relação com seu trabalho está pautada nos princípios da pesquisa-ação presente na clínica do trabalho. Tal espaço de escuta qualificada, por si só, já se configuraria como uma ação em prol da saúde mental destas trabalhadoras, além de possibilitá-las refletir sobre o trabalho e a possível ressignificação desta relação.

REFERÊNCIAS

ALBERONI, Camila Marques et al.. **Análise macro ergonômica do trabalho**: um estudo junto ao setor de checkout de uma rede varejista localizada em Lajeto do Muriaé/RJ. In: SIMPÓSIO ACADÊMICO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 8., 2013, Viçosa, MG. **Anais eletrônicos**... Viçosa, MG, 2013. Disponível em: <http://www.saepro.ufv.br/?page_id=242>. Acesso em: 19 set. 2017.

ARAÚJO, Maria Fernanda Andrade de; ROCHA, Raoni. Estratégias individuais de regulação adotadas por operadores de checkout. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA, 18., 2016, Belho Horizonte. **Anais eletrônicos...** Belho Horizonte: UFMG, 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/316551656_Estrategias_individuais_de_regulacao_adotadas_por_operadores_de_checkout>. Acesso em: 9 jan. 2018.

BATIZ, Eduardo Concepción; SANTOS, Andréia Fuentes dos; LICEA, Olga Elena Anzardo. A postura no trabalho dos operadores de checkout de supermercados: uma necessidade constante de análises. **Production**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 190-201, jan./abr, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65132009000100012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 9 set. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132009000100012>.

BENQUET, Marlène. Nathalie M. Le refus d'encaisser. **Travail, genre et sociétés**. n. 21, p. 9-24, abr. 2009.

BORGES, Livia de Oliveira; YAMAMOTO Oswaldo. O Mundo do Trabalho: construção histórica e desafios contemporâneos In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Org). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BRAGA, Juliana Celeste Matos et al.. Tensões no Trabalho: estudo com operadores de caixa de uma rede mineira de supermercados. **REA-Revista Eletrônica de Administração**, São José, Franca - SP, v. 12, n. 1, p. 15-30, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/rea/article/view/476>>. Acesso em 10 mar. 2017.

BRITO, Jussara; OLIVEIRA, Simone. Divisão sexual do trabalho e desigualdade nos espaços de trabalho. In: SILVA, João Ferreira da; JARDIM, Silvia (Org.). **A Dação do Trabalho - organização do trabalho e sofrimento psíquico**. 2. ed. Rio de Janeiro: Te Corá Editora, 2011.

CARDOSO, Deanne Teles. **A mulher e o trabalho: o cotidiano das trabalhadoras dos supermercados**. 2015. 83 f. Dissertação (Mestrado em Geografia). Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2015.

CLASSIFICAÇÃO Nacional de Atividades Econômicas - versão 2.0: estrutura detalhada e notas explicativa, 2007. Disponível em: <http://concla.ibge.gov.br/images/concla/documentacao/CNAE20_

NotasExplicativas.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2018.

CRUZ, Maria Helena Santana; ARAÚJO, Flávio G. Bento da Silva. A equidade de gênero nos serviços em um setor de supermercado de Aracaju. **Revista Labor**, v. 1, n. 10, p. 32-49, 2017.

DÁRTORA, Tamires. **Encontro de encontros**: investigando a atividade de trabalho de operadores de caixa e empacotadores. 2013. 111 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2013.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Production**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365132004000300004>. Acesso em: 8 jan. 2018.

DEJOURS, Christophe. Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, A. M.; LIMA, S. C. da C.; FACAS, E. P. (Org.). **Diálogos em psicodinâmica do trabalho**. Brasília, DF: Paralelo 15, 2007.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez-Oboré, 2009.

FERRAZ, Flávio. Alienação e Sublimação no Trabalho. In: MERLO, A. C. R.; MENDES, A. M.; MORAES, R. D. **O sujeito no trabalho**: entre a saúde e a patologia. Curitiba: Juruá, 2013.

FLORIS, P.; GIOMMI, M. **Il banco cassa - machine per la grande distribuzione**. Fano: Centro Studi Giovanni Klaus Koenig, 1997

FREUD, Sigmund. **O mal-estar na cultura**. Porto Alegre: L&PM, [1930] 2010.

FRANÇA, Laura Alves Cerqueira de; AGUIAR; Maria Isabel Medeiros de Moraes. **Proporção de sintomas osteomusculares em operadores de caixa de supermercados do Distrito Federal**. 2010. 30 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Fisioterapia)-Centro Universitário de Brasília, Brasília, DF, 2010.

GALVÃO, Juliana Teles. **Saúde e qualidade de vida do operador de caixa de supermercado**. 2012. 47 f. Monografia (Bacharelado em Administração)-Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, Palmas, 2012. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/3875/1/2012_JulianaTelesGalvao.pdf>. Acesso em: 10 set. 2017.

GHISI, Marcos. **Análise da DORT em operadores de caixas de supermercado**: um estudo de caso. 2015. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)- Departamento Acadêmico de Engenharia da Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Pato Branco, 2015. Disponível em: <http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/5815/1/PB_CEEEST_V_2015_24.pdf>. Acesso em: Acesso em: 15 set. 2017.

GOMES, Daniele Rodrigues; SPERANDIO, Huezer Viganô, GUIMARÃES, Pompeu Paes et al.. Análise ergonômica do posto de trabalho de operadores de caixa no supermercado BC. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 14., 2011. Alegre-ES, **Anais...** Alegre-ES 2011.

GOMIDE, Angélica Barbosa Lopes. **Análise da carga física de trabalho para prevenção da fadiga** – um estudo de caso – operador de checkouts. 2015. 53 f. Dissertação (Mestrado em Design)-Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Bauru,SP, 2015.

GONÇALVES, Bárbara Coutens Fernandes et al.. Avaliação da flexibilidade de operadores de caixa de supermercado por meio do teste sentar e alcançar. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, Várzea Paulista, SP, v. 10 , n. 2, p. 45-51, 2011. Disponível em: <<http://www.editorafontoura.com.br/periodico/vol-10/Vol10n2-2011/Vol10n2-2011-pag-45a50/Vol10n2-2011-pag-45a50.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017.

HELOANI, Roberto; LANCMAN, Selma. Psicodinâmica do Trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Production**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 77-86. set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.editorafontoura.com.br/periodico/vol-10/Vol10n2-2011/Vol10n2-2011-pag-45a50/Vol10n2-2011-pag-45a50.pdf>>. Acesso em: 8 jan.2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132004000300009>.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Nova configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

MENDES, Ana Magnólia. **Psicodinâmica do trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MARTINS, Hellen Estevão; MONTEZELI, Juliana Helena; PUGIN, Amanda Pereira. O enfermeiro do trabalho e o transtorno depressivo em operadores de caixa de supermercado. **Journal of Nursing FPE/Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 4, n. 2, 2010.

MORAES, Rosângela Dutra de. Trabalho e Emancipação: um olhar da Psicodinâmica do Trabalho. In: MORAES, R. D. (Org.); VASCONCELOS, A. C. L. **Trabalho e emancipação: a potência da escuta clínica**. Curitiba: Juruá, 2015.

MORAIS JÚNIOR, José Arnaldo Ferreira de. **Motivação no trabalho**: um estudo sobre a motivação dos operadores de check out de um supermercado de Natal-RN. 2013. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Administração)-Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2013.

MOREIRA, Evandro José Tavares; BASTOS, Tayzi de Souza; NEPOMUCENO, Vicente. Análise exploratória sobre o posto de trabalho de operadoras de checkout de supermercados de Nova Iguaçu e Rio de Janeiro. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 31., 2011, Belo Horizonte. **Anais eletrônicos...** Belo Horizonte: ABEPRO, 2011. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2011_tn_sto_138_873_17944.pdf>. Acesso em: 20 set. 2017.

NETTO, Nilo Silva Pereira; SILVA, Nanci Stancki. Divisão sexual do trabalho, mundialização do capital e a outra face da inserção profissional tecnológica feminina: o caso das operadoras de checkout em hipermercados. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E GÊNERO, 8., 2010, Curitiba. **Anais...**, Curitiba: UTFPR, 2010.

NETTO, Nilo Silva; DA LUZ, Nanci Stancki. Mundialização do capital e divisão sexual do trabalho: a walmartização das operadoras de checkout. **Em Debate**, Florianópolis, n. 6, p. 194-213, 2011.

OLIVEIRA, Thaís Kamila Rosa et al.. Efeitos das condições ergonômicas na produtividade dos operadores de postos de checkout em supermercados do município de Itabira/MG. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/270160967_EFEITOS_DAS_CONDICOES_ERGONOMICAS_NA_PRODUTIVIDADE_DOS>

OPERADORES_DE_POSTOS_DE_CHECKOUT_EM_SUPERMERCADOS_DO_MUNICIPIO_DE_ITABIRAMG>. Acesso em: 19 set. 2017.

PADILHA, Raimundo Wanderley Correa. **A reestruturação produtiva e suas repercussões na qualificação e na formação dos trabalhadores do supermercado**. 2007. 151 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas Educacionais)-Centro de Educação da Universidade Federal do Pará, 2007.

PINHEIRO, Nelson Lucas Costa. **Benefícios do sistema de pausa e rodízio adotados pela fisioterapia do trabalho na prevenção de LER/DORT**. 2016. 13 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Fisioterapia do Trabalho)-Faculdade Faserra/Biocursos, Manaus, 2016.

RATTO, Luiz; LANDI, Ana Cláudia. **O trabalho e supermercado: setores, funções e carreira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

RODACKI, André L.F.; VIEIRA, João E. The effect of different supermarket checkout workstations on trunk kinematics of checkout operators. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 14, n. 1, p. 38-44, 2010.

SANTOS, Luciana Mara. **Avaliação da carga de trabalho em operadoras de caixa de supermercado: um estudo de caso**. 2004. 97 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia - Ênfase em Ergonomia)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SCHAMNE, Annelise Nairne. **Análise dos riscos potenciais em um supermercado localizado na região de Curitiba**. 2014. 69 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho)-Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

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

SEMENSATO, Cassiana Brosque. **Análise ergonômica e intervenções nos postos de trabalho de operadores de caixa de supermercado (checkout)**. 2011. 74 f. Dissertação (Mestrado em Design)-Faculdade de Arquitetura, Artes e Comunicação, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Bauru, SP, 2011.

SESSO FILHO, Umberto Antônio. **O setor supermercadista no Brasil nos anos 1990**. 2003. 195 f. Tese (Doutorado em Ciências)-Escola

Superior de Agricultura, Universidade de São Paulo, Piracicaba, SP, 2003.

SOARES, Angelo. Se eu pudesse não ser caixa de supermercado. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 5, n.1, p. 82-102, 1997. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/12562>>. Acesso em: 9 jan. 2018.

SOARES, Angelo. Tão longe, tão perto: o trabalho no setor de serviços. **Revista Latino-Americana de Estudos do Trabalho**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 26, p. 89-117, 2011. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/eps-4532>>. Acesso em: 23 set. 2017.

SOARES, Eva Bessa. Cargas de trabalho na rotina de operadores de caixa de um supermercado. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 33., 2013, Salvador. **Anais eletrônicos...** Salvador: ABEPRO, 2013. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2013_TN_STO_180_031_21872.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

SOUZA, Warton Silva; DA CONCEIÇÃO, Gildemar Silva. A influência do capital psicológico no bem estar de trabalhadores: estudo com operadores de caixa de supermercados. **RAUNP-Revista Eletrônica do Mestrado em Administração da Universidade Potiguar**, Natal, v. 5, n. 2, p. 9-22, 2013. Disponível em: <<https://repositorio.unp.br/index.php/raunp/article/view/402>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SOUZA, Josiane Aparecida Cardoso de; MAZINI FILHO, Mauro Lúcio. Análise ergonômica dos movimentos e posturas dos operadores de checkout em um supermercado localizado na cidade de Cataguases, Minas Gerais. **Revista Gestão & Produção**, São Carlos, SP v. 24, n. 1, p. 123-135, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104530X2017000100123&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 set. 2017.

TEIXEIRA, Clarissa Stefani; TORRES, Maricel Karina López; MORO, Antonio Renato Pereira et al.. Fatores associados ao trabalho de operadores de checkout: investigação das queixas musculoesqueléticas. **Production**, São Paulo, v. 19, n.3, p.558-568, 2009.

TRELHA, Celita Salmaso et al.. Análise de posturas e movimentos de operadores de checkout de supermercado. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 45-52, 2007.

STÔPA, Juliana da Silva; DABDAD, Nagela Cristina Ferreira; DE MELO, Rafaela Lara de Araújo. **Operadores de caixa de supermercado - análise antropotecnológica do trabalho**. [1997]. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP1997_T2214.PDF>. Acesso em: 19 set. 2017.

VINENT, Gustavo Marcelo; RODRIGUES, Marcelo Kuczkowski. Ergonomia de projeto-check-out atacarejo. **Revista Ação Ergonômica**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 1-7, 2015. Disponível em: <<http://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/520/263>>. Acesso em: 10 set. 2017.



➤ **DESMANTELAMENTO DOS DIREITOS TRABALHISTAS, BIOPOLÍTICA E A RACIONALIDADE NEOLIBERAL, NO BRASIL: PROJETO DE LEI 4330**

Flavia Cristina Silveira Lemos
Dolores Galindo
Henrique Oliveira Lee
Kátia Farias Aguiar
Evelyn Tarcilda Almeida Ferreira

NOTAS INICIAIS

O presente capítulo visa problematizar o acontecimento Projeto de Lei - PL4330 por meio de alguns aportes, em especial, em Foucault e Derrida. A aprovação de projeto de lei, em abril de 2015, na Câmara dos Deputados, no Congresso Nacional brasileiro gerou um campo de efeitos que ainda se desdobram em outros acontecimentos e disputas, no presente. Os modos de organização do trabalho estão relacionados com as subjetividades e estas com os processos econômicos e políticos sem relação de determinação causal linear (BRASIL, 2004). Assim, este texto busca alguns analisadores que possibilitem interrogar a emergência e proveniência do PL4330, em breve análise histórica, sociológica, política, econômica e pautada na psicologia social. Sabe-se dos limites de uma proposta como essa, em formato de ensaio, todavia, esse escrito ocupa também um lugar de batalha face ao desmonte das políticas de direitos sociais, sobretudo, aos trabalhistas, nesse momento.

Partindo de considerações sobre características do Liberalismo como arte de governar do século XVIII, desenvolvidas durante a aula de 17 de Janeiro de 1979 do curso *Nascimento da biopolítica* de Michel Foucault (2008), propomos a análise de duas características: 1) A constituição do mercado como lugar de formação da verdade e não mais apenas domínio de jurisdição. 2) A questão da “utilidade” como forma de limitação do exercício do poder público engendrando a noção de “interesse” como operadora da arte liberal de governar. Munidos desta análise pretendemos realizar algumas sobreposições com cena na qual se dá a articulação de interesses para aprovação do PL 4330.

Em Derrida, partiremos de um ponto da leitura de “Diante da Lei”, a

resolução de não-resolutividade, para entender como o PL4330 pode abrir maiores possibilidades de chicanas e manobras jurídicas para adiar o acesso do trabalhador aos seus direitos trabalhistas. Como muitas vezes essas terceirizadas têm capital social muito mais baixo do que as contratantes, com poucos bens no nome da empresa ou dos sócios, o trabalhador acaba enfrentando um longo périplo na Justiça para reaver seus direitos.

Pode-se vislumbrar a utilidade dessas manobras para as grandes empresas e corporações em um mundo em que “tempo é dinheiro”. As manobras baseadas na política da “resolução pela não resolutividade” engendram o efeito perverso de uma dupla vinculação: ao mesmo tempo em que aparenta aplacar o clima de “insegurança jurídica” (expressão da moda no discurso das grandes corporações) do lado do trabalhador ao reconhecer a existência das eventuais dívidas trabalhistas, visa adiar indefinidamente, tanto quanto possível, o seu pagamento.

A terceirização, apesar de suas múltiplas formas de manifestação, tem como característica primordial a busca de redução de custos, a flexibilidade organizacional e a partilha dos riscos do negócio com outro agente econômico. Posicionando-se em quase todos os segmentos da economia, com maior intensidade no setor de serviços, possui aspectos distintos, mas em quase todos privilegia a estratégia de redução de custos. Por conta disso, inúmeras empresas passaram a utilizar a terceirização, ocasionando um impactado severo na vida dos trabalhadores e, na própria organização sindical, ao estabelecer uma diferenciação nítida entre trabalhadores efetivos e terceirizados, gerando, um tratamento desigual e discriminatório, à proporção que empregados terceirizados são menos valorizados e vistos, inclusive, como trabalhadores de segunda classe.

Segundo o Professor e Juiz do Trabalho Jorge Luiz Souto Maior, a terceirização do trabalho desde que foi incentivada pela súmula 331 do Tribunal Supremo do Trabalho em 1993, contribuiu para um impulsivo aumento da precarização do trabalho, culminando; assim, em milhares de ações trabalhistas nas quais os trabalhadores terceirizados vão em busca de verbas rescisórias que deixaram de ser pagas por empresas que desaparecem. Portanto, além de durante o vínculo de trabalho, os empregados vivenciarem um cenário de segregação, discriminação e fragilização em seu ambiente laboral, após seu término são obrigados a enfrentar um litígio processual para receberem aquilo a que tem direito (MAIOR, 2015).

Temos assistido de diferentes formas um movimento de avanço na precariedade das condições de trabalho, na fragilização do trabalhador,

na destruição das possibilidades de sua resistência e na criação de obstáculos para o desenvolvimento de uma organização coletiva dos trabalhadores, a exemplo do que demonstra a aprovação do Projeto de Lei 4330/04 na esfera da Câmara dos Deputados.

Proposto pelo deputado Sandro Mabel do Partido Liberal de Goiás, o projeto dispõe sobre os contratos de terceirização e as relações de trabalho dele decorrentes. Após 11 anos de tramitação na esfera executiva este PL fora votado e aprovado no dia 22 de abril de 2015, na Câmara dos Deputados em um formato de emenda que aglutina: a permissão para a terceirização de serviços de todos os segmentos de uma empresa, a redução do tempo de “quarentena” para que um empregado demitido seja novamente contratado por uma organização na condição de Pessoa Jurídica, novas regras de recolhimentos de encargos trabalhistas, aprovação de destaques para a cota de contratação de deficientes para empresas terceirizadas e determinação das empresas públicas como solidárias no pagamento de encargos trabalhistas que não forem quitados pelas prestadoras de serviços. Reunidas, essas emendas encurtaram as discussões, culminado em sua aprovação e seguimento para a apreciação do Senado Federal em 27 de abril de 2014.

Se aprovada no Senado, poderão ser apresentados substitutivos, que são inserções de regras diferentes ao que foi aprovado na outra casa legislativa. Exemplificando, a adição de substitutivos poderá ser a redução do campo de atuação das atividades terceirizadas. Decorrendo a proposição de substitutivos para a emenda, o projeto retorna a Câmara dos Deputados para a nova apreciação e esses políticos poderão perpetrar duas soluções: aprovar o substitutivo sugerido pelo Senado ou atingindo maioria de votação, rejeitá-lo, sendo a emenda arquivada, requerendo assim, um novo projeto de lei para reiniciar a discussão sobre assunto.

Caso o Senado não apresente substitutivos e aprove o PL 4330/04 da forma como está posto, este seguirá para sanção ou veto da Presidenta Dilma Rousseff. Em caso de veto, cabe ainda ao Congresso negar o veto realizado pela Presidenta. Na condição de sancionado o PL 4330/04 torna-se lei, cabendo nesta instância, somente as associações e sindicatos recorrerem ao Supremo Tribunal Federal para a discussão de uma “ação direta de inconstitucionalidade da lei”, baseado na violação de princípios constitucionais. Mesmo entrando em vigor a terceirização irrestrita das atividades de trabalho, de modo pulverizado os juízes trabalhistas, poderão utilizar instrumentos legais para declarar incidentalmente inconstitucional, entretanto, essa abordagem jurídica

valerá apenas para aquele determinado processo trabalhista que está sendo julgado.

FOUCAULT E A CRÍTICA AO MANTRA “NEOLIBERAL”

Na aula de 17 de Janeiro de 1979, no curso Nascimento da Biopolítica, Foucault (2008) nos fornece alguns esclarecimentos fundamentais para se pensar uma crítica à unidade da sua obra diante da dispersão provocada pela investigação de temas aparentemente díspares ou sem conexão como a sexualidade, as instituições penais, e no caso do seminário em questão, o mercado.

Tratar-se-ia da genealogia dos regimes veridicionais, isto é, da análise da constituição de certo direito da verdade a partir de uma situação de direito, com a relação direito/verdade encontrando sua relação privilegiada no discurso. [...] O regime de veridicção não é uma certa lei da verdade, mas sim o conjunto de regras que permitem estabelecer, a propósito de um discurso dado, quais enunciados poderão ser caracterizados, nele, como verdadeiros ou falsos. [...] Ora, a crítica política do saber que eu lhes proporei não consiste, justamente, em denunciar o que haveria de continuamente opressivo sob a razão, porque afinal de contas, acreditem, a desrazão é igualmente opressiva. A crítica que lhes proponho consiste em determinar em que condições e com quais efeitos se exerce uma veridicção (FOUCAULT, p. 49).

Debruçar-se sobre o passado apenas para denunciar nele uma forma de irracionalidade não teria, para Foucault, importância política alguma. Lembrar que os médicos do século XIX disseram enunciados produtores da sexualidade como objeto de saber e de poder sobre os corpos, e outros discursos constitutivos da loucura, só adquire importância política se pudermos determinar o regime de veridicção que os permitiu forjar saberes e ativar poderes localmente em uma política da verdade. É com esse objetivo que Foucault (2008) nos convida a um olhar para o Liberalismo como arte de governar do século XVIII. Assim, é possível analisar a proposição e aprovação na Câmara dos Deputados do PL4330 e tentar de algum modo determinar que regime de veridicção tornou possível a apresentação de tal proposta atualmente.

A razão do Estado mínimo ou na expressão de Benjamin Franklin, o “estado frugal”, delineou toda uma série de reflexões a respeito da arte liberal de governar que nascem da sobreposição da razão de Estado com

uma Economia Política. O mercado, e isso desde os fins da Idade Média, era considerado como um lugar de justiça em pelo menos dois sentidos:

1) Um lugar dotado de regulamentação quanto aos objetos a serem levados a esse mesmo mercado, quanto à origem do produto, quanto ao direito a serem pagos, quanto aos procedimentos de venda, e mais fundamental, quanto aos preços praticados. Foucault nos mostra que existe uma vasta reflexão entre economistas e juristas sobre a teoria do preço justo. Aliás, ao apontar para essa sobreposição do direito público e da economia no trabalho de pensadores como Adam Smith e Jeremy Bentham, Foucault circunscreve a pertinência originária do problema da economia política e a limitação do poder público. Ou seja, o conjunto de problemas no século XIX e XX que incitaram a produção de uma legislação econômica, e sobre a suposta separação entre governo e administração.

A reflexão sobre o preço justo é o problema maior envolvido nas práticas de criação de uma legislação econômica na nova razão de governo que enxerga no mercado o lugar de justiça. Ela retoma a escolástica medieval a partir da doutrina Aristotélica da justiça comutativa, a respeito de que devia ser o preço justo, que devia manter certa relação com o trabalho feito, as necessidades dos comerciantes e as necessidades e possibilidades dos consumidores; conforme podemos ver neste trecho utilizado por Foucault da obra *Bread, politics and political economy in the reign of Louis XVI* de L.S. Kaplan para sintetizar o princípio do *justum pretium*:

O tenente general da polícia, os delegados, os medidores de cereais e os funcionários locais insistem sem cessar no “justo preço” que se consideram obrigados a garantir. [...] Para ser equitativos os preços não devem “revoltar” os comerciantes nem “lesar” os consumidores. Eles são estabelecidos de acordo com um ideal de moderação que tende a variar com as circunstâncias. Um preço é tido como justo quando os comerciantes estabelecem lucro moderado e a massa do povo, que vive num estado de miséria crônica, não sofra exageradamente, isto é, mais que o de costume. Em tempo normal o preço justo é simplesmente o preço corrente (como os teólogos recomendam) fixado por uma estimativa comum, ao invés de imposto pelas manobras dos comerciantes ou as ordens do governo (KAPLAN apud FOUCAULT, p. 66).

2) Lugar de justiça distributiva, pois para um certo número de produtos fundamentais como é o caso dos alimentos, referência da citação que acabamos de ler sobre o preço do pão, as regras do mercado faziam com

que se chegasse a um arranjo em que pelo menos alguns dos mais pobres pudesse comprar como os ricos.

O mercado, como sistema de regulação de preço e sanção da fraude contra o consumidor, passou a funcionar como lugar de justiça e não apenas de jurisdição. Portanto, o mercado era concebido como uma entidade que obedece às leis naturais, mecanismos espontâneos – visão que mais tarde receberá uma recauchutagem na corrente de pensamento que ficou conhecida como Darwinismo Social, o lema “o mais adaptado sobrevive” – e ao mesmo tempo, como lugar de verificabilidade para a prática governamental, ou seja, o bom governo é aquele capaz de manter um bom mercado como esse fosse uma mera evolução de forças do mercado sem qualquer forma de regulação do Estado.

Atualmente é este mesmo mantra, já entoado no século XVIII, que hoje nos é alardeado em caixas de som a favor do PL4330, como se a legislação em favor dos direitos trabalhistas atrapalhasse o funcionamento espontâneo do “mercado”. De nada serve afirmar que leis dessa natureza aumentam o nível de emprego. Faz parte do velho mantra, agora com timbres neoliberais, tentar nos fazer crer que direitos trabalhistas dificultam a contratação, como se fosse do interesse dos próprios trabalhadores não ter direitos que lhe protejam.

Ao menos os liberais do século XVIII não conheciam ainda os efeitos das grandes corporações, acreditavam no dispositivo de regulação mútua baseada numa visão de sociedade em que predominavam relações contratuais entre indivíduos. Contudo, começam a perceber a criação dos monopólios nacionais e passam a requerer a construção de regras jurídicas que impeçam a formação de protecionismos das corporações nacionais face às internacionais. É interessante notar como essa ideia ganha ares de modernidade dentro do jogo de veridicção em torno do mercado os empresários dizem que o PL 4330 tornará o Brasil uma das nações mais modernas no que tange a legislação trabalhista. No entanto, hoje sabemos, os discursos criadores de crises financeiras podem ser cotejados com outros e problematizados em seus efeitos e nos silenciamentos que realizam, pois a quem serve validar a noção de que há uma crise e a oferecer os supostos remédios desta?

A visão de um mercado atuando espontaneamente como lugar de justiça tal qual a visão de uma mão invisível é uma racionalidade, baseada em Adam Smith, em A riqueza das Nações. O “interesse” tem se tornado uma noção serial e impessoal, pois tendemos a identificar

a tensão entre grupos, propostas, empresários, partidos, trabalhadores e tantos outros que possam demonstrar interesses na regulamentação e na desregulamentação simultâneas como essas práticas fossem uma abstração qualquer. O interesse do mercado, por exemplo, e os interesses de sujeitos empíricos, pessoas reais, só pode ser um detalhe a ser removido como obstáculo inoportuno. Para Foucault (2008), o neoliberalismo é constituído pela disputa de interesses múltiplos.

É dito pelos defensores do PL4330 que ela pode acabar com o clima de insegurança jurídica. Com advento das grandes corporações multiplicaram-se as pessoas jurídicas envolvidas em cadeias de produção e a corda sempre arrebentará para o lado mais fraco, uma empresa ou corporação pode decretar falência sem que seus sócios proprietários assumam o prejuízo. A corporação é uma entidade anônima comparável a uma pessoa física em diversos aspectos, mas diferente dela no essencial, elas são verdadeiros buracos negros de diluição de responsabilidade com o trabalhador. No que toca o PL 4330 temos um ponto extremamente delicado: pela atual versão do PL 4.330/2004, a empresa contratante (tomadora de serviços) deve fiscalizar se a empresa terceirizada (fornecedora de serviços) está fazendo os pagamentos trabalhistas e garantindo os benefícios legais, como férias remuneradas. Portanto, apenas se não comprovar ter feito uma fiscalização, ela poderá ser punida no caso de alguma irregularidade.

O projeto de lei determina que a empresa contratada comprove por meio de documentação mensal que está cumprindo com suas obrigações. As centrais sindicais, no entanto, defendem que a responsabilidade do tomador de serviço não seja “subsidiária”, mas “solidária”. A chamada “responsabilidade subsidiária” significa que a empresa contratante (tomadora de serviços) somente pagará se o devedor principal deixar de pagar. Isso leva o trabalhador demorar mais tempo para receber seu dinheiro, no caso de uma demissão sem justa causa, por exemplo – porque ele precisa esgotar primeiro, todas as possibilidades para receber do devedor solidário, ou seja, da empresa contratada.

A estimulação da lógica da concorrência empresarial e dos investimentos na formação de subjetividades trouxe outra racionalidade neoliberal para o plano das práticas econômicas e políticas, após a década de setenta, no século XX, em boa parte dos países, no mundo inteiro, em efeitos os quais ainda se vivencia, no presente. Para Foucault (2008), no liberalismo, baseado no Estado de Bem-Estar Social, que teria predominado na primeira metade do século XX, o emprego e o salário

estava colocado como correlatos; em uma política intervencionista, baseada na relação entre economia baseada no controle da soberania do Estado face aos outros países com os quais entrava em concorrência, em um sistema do capitalismo industrial de produção.

Já no neoliberalismo, a partir das duas últimas décadas do século XX em diante, críticas às intervenções estatais e à quebra da soberania do Estado tanto política quanto econômica ocorreram paralelamente a surgimento da lógica empresarial de especulação internacional e ao aparecimento do trabalho gerador de renda, em contratos com menos direitos e menor intervenção estatal.

Foucault (2008), na sua leitura de Marx, afirma que o operário vendia sua força de trabalho, no tempo e em troca de um salário e, a partir da situação do mercado, na relação entre oferta e procura. Já, trabalho é o que confere valor abstrato ao objeto produzido pelo trabalhador. A força e o tempo de trabalho, medidos quantitativamente no capitalismo extraíram a humanidade do trabalho. O discurso econômico tornou o trabalho abstrato. E, a economia se tornou uma gestão do comportamento humano em termos estratégicos, regulando a atividade dos indivíduos. No neoliberalismo, a economia passou a tomar a força de trabalho em um sujeito econômico ativo. Nesse novo quadro, o salário foi substituído por uma renda enquanto um produto, um capital e, segundo Foucault (2008), tudo que puder ser capitalizado. O trabalho se torna uma aptidão e uma competência. Os corpos dos trabalhadores se tornam empresas e seu próprio capital, ou seja, o capital humano não é um sujeito de consumo e sim uma competência máquina.

A renda, ao invés do salário, passa a ser ligada ao trabalhador enquanto portador da mesma. Assim, o capital humano se torna uma articulação de elementos inatos e adquiridos, materializados em investimentos empresariais de si e dos outros constantemente, na economia política que capitaliza cada ato educativo e de trabalho. Todos os tempos, os que são dedicados ao afeto à amizade entram no cálculo do capital humano e passam a ser administrados enquanto investimentos. Qualquer comportamento passa a entrar na contabilidade da lógica do empreendedor (FOUCAULT, 2008).

O favorecimento às pequenas empresas, ao terceiro setor, às terceirizações, ao pequeno comércio, à extensão das relações familiares e de amizade ao formato empresarial e de investimento. Instala-se uma

apropriação econômica de todo o campo social. “Uma sociedade para o mercado e uma sociedade contra o mercado” (FOUCAULT, 2008, p. 333). Trata-se de uma captura da cooperação pelo mercado, das relações afetivas e de amizade pela racionalidade neoliberal, em que o capital humano é visto como o que gera e amplia renda.

Fica patente, no Brasil, como a lei das terceirizações visa ampliar o trabalho gerador de renda e torna o trabalhador como um capital humano, uma máquina competência, expropriado de direitos e contratos de seguridade com salário e emprego. Assim, o mercado ganharia mais proeminência ainda na gestão trabalhista e colocaria o trabalhador na condição de um corpo a buscar empresariamento de si caso não queira ficar à mercê da não sobrevivência face à voracidade da concorrência neoliberal.

É possível afirmar que Sennett (2009) concorda com Foucault, ao salientar como cresce o número de pessoas em contratos temporários, atuando nas empresas terceirizadas, ou seja, agências de trabalho, sem plano de carreira e praticamente sem benefícios, produzindo uma espécie de deriva. No trabalho flexível, há sobrecarga de trabalho e uma nova forma de submissão, a eletrônica e não mais o face a face com a chefia. A fragmentação, o desapego ao cargo e ao resultado do trabalho passa a ser a maneira de sofrer menos nessa condição emergente de alguém forçado a ser empreendedor, em busca de renda, em muitos países, na atualidade.

Para Lazaratto e Negri (2013), o trabalho se torna imaterial quando passa a ser confundido com a subjetividade. Cada vez mais, as empresas são constituídas por redes de serviços, terceirizados. Os objetos materiais são vendidos sem passarem pelas mãos das empresas que os comercializam. As empresas adquirem a baixos custos os produtos feitos por trabalhadores terceirizados. A flexibilidade também favoreceria o trabalho autônomo e a criação dos empreendedores, ativado por meio de investimentos permanentes, cálculos de custos e benefícios minuciosos face às decisões tomadas enquanto risco. Assim, os trabalhadores autônomos seriam mais explorados do que no período taylorista.

Silva (2007) chega a ressaltar o quanto o trabalhador fica refém da individualização da avaliação do que seria supostas competências a exercer, em tempo permanente e à disposição contínua com conseqüente fragilização das pautas reivindicativas coletivas. Por isso, Telles (2007), afirma o quanto são nefastos os efeitos do modelo gerencial do empreendedorismo para os trabalhadores.

DIANTE DA LEI, NA LEITURA DE DERRIDA E O PL 4330, NO BRASIL

Assim como no conto de Kafka, tal como lido por Derrida (2007), o porteiro nunca nega ao camponês a permissão para entrar, a entrada é simplesmente adiada. E é essa situação de resolução na não resolutividade que desencadeia a narrativa do conto. O camponês está diante da lei, ele tem esperanças de finalmente ter com ela, mas diante dela está o porteiro. “A proibição presente na lei não é um constrangimento imperativo; é o mero adiamento”.

O que está em jogo, na análise que se coloca nesse artigo é o seguinte: “Diante da Lei”, a resolução de não-resolutividade, para entender como o PL4330 pode abrir maiores possibilidades de chicanas e manobras jurídicas para adiar o acesso do trabalhador aos seus direitos trabalhistas. Como muitas vezes essas terceirizadas têm capital social muito mais baixo do que as contratantes, com poucos bens no nome da empresa ou dos sócios, o trabalhador acaba enfrentando um longo périplo na Justiça para reaver seus direitos. Pode-se vislumbrar a utilidade dessas manobras para as grandes empresas e corporações em um mundo em que “tempo é dinheiro”.

É neste ponto que tecemos o paralelo da situação do trabalhador com o camponês do conto, que é convidado a entrar apesar da proibição do porteiro, que e o avisa da existência de guardas ainda mais horríveis que ele. Todo o tempo gasto em processos jurídicos em instâncias cada vez mais complicadas, envolvendo gastos incalculáveis para uma vida que está, neste momento mesmo, passando.

As manobras, baseadas na política da “resolução pela não resolutividade” engendram o efeito perverso de uma dupla vinculação: ao mesmo tempo em que aparenta aplacar o clima de “insegurança jurídica” (expressão da moda no discurso das grandes corporações) do lado do trabalhador ao reconhecer a existência das eventuais dívidas trabalhistas, visa adiar indefinidamente, tanto quanto possível, o seu pagamento.

Um exemplo que ilustra bem essa situação são os trabalhadores da empresa terceirizada Alumini/Alusa que presta serviço para a Petrobras. A terceirizada demitiu 469 trabalhadores, em 2014, e até agora eles não receberam seus direitos trabalhistas. Já ganharam o direito na Justiça (com o PL aprovado esses direitos nem existirão mais), mesmo assim ainda não receberam os valores devidos porque as empresas mães, que contrataram o serviço, se livraram da responsabilidade do acordo. Ou

seja, ninguém responde por nada na hora “H”. Na verdade, a estratégia é fazer, por meio do trabalho de um exército de advogados, que nunca chegue uma hora H. Pode ser que ela chegue um dia, mas ainda não. Pode ser que cada um desses trabalhadores permaneça muito tempo diante da porta da lei sem ter acesso a ela e um dia ouça a voz do porteiro que lhes diz: “Agora eu vou embora e fecho-a”.

[...] a periferia está diante de uma nova problemática da questão social, caracterizada principalmente pelo desemprego em massa, desqualificação de largos segmentos dos meios populares, instalação na precariedade como novo regime de trabalho, pauperização de certas categorias de trabalhadores, pelo crescimento da insegurança social [...] (CASTEL, 2008, p. 41).

Castel (2008), em *Discriminação negativa*, salienta os novos autóctones da República, na mundialização em um aumento substantivo da negação dos direitos, em meio ao discurso da democracia na liberdade, igualdade e fraternidade, que são âncoras da Revolução Francesa. O trabalho como formato de emprego tenderá a se tornar cada vez mais raro com a aprovação do PL 4330, ampliando a terceirização. Para o autor, as injustiças tendem a ser acirradas nesse cenário de desaparecimento do emprego; em especial: étnico-raciais, de classe e as de escolaridade.

Face às promessas republicanas e legais de uma democracia a exceção se torna a regra e passa a ser usada para adiar a efetivação de direitos sociais e, até mesmo para retirá-los, em nome da chamada governabilidade e do termômetro do mercado e suas flutuações. Por isso, Derrida (2007) salienta a difícil e intrincada relação entre lei, norma e violência, no plano da produção de subjetividade, das relações sociais e políticas. Todavia, aponta resistências, ao citar as metamorfoses, janelas e bifurcações encontradas e forjadas, por exemplo, por Kafka, nos personagens dos contos, criados por esse escritor *O Processo* (2003), *A Metamorfose* (2001), *O Veredicto* (2001), *Na Colônia Penal* (1986) e *O Castelo* (KAFKA, 2000). Uma crítica ao fetichismo legalista e à apropriação jurídica pela esfera política é o tempo todo parte dos livros de Kafka e de Derrida, os quais exploram essa dimensão em: *Diante da Lei*.

A ética e a justiça não ocorrerão pela lei necessariamente, muitas vezes, serão vilipendiadas e silenciadas justamente pela lei. A proposta do PL4330 de regulamentar o trabalho terceirizado não irá proteger o trabalhador, nos termos desta análise, ao contrário. As capturas e cooptações atuais no mundo do trabalho e emprego trazem limites e

novos perigos, outros e paradoxos a serem analisados, na multiplicidade das forças encadeadas nessas tramas, mundializadas do mercado neoliberal. O Estado de Direito, no neoliberalismo é um correlato da economia política e do estilo de vida empreendedor nesses moldes de articulação entre norma e lei. A exceção à lei é permanente no mesmo Estado Democrático de Direito e virou a regra (AGAMBEN, 2002).

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Homo Sacer. O poder soberano e a vida nua**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

CASTEL, R. **A discriminação negativa: cidadãos ou autóctones da República**. Vozes: Petrópolis, RJ, 2008.

DERRIDA, J. (2007). **Força da Lei: o fundamento místico da autoridade**. São Paulo: Martin Fontes.

FOUCAULT, M. (2008). **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes.

LAZARATTO, M. & Negri, A. (2013). **Trabalho imaterial. Formas de vida e produção de subjetividade**. Rio de Janeiro: Lamparina.

MAIOR, Jorge Luiz Souto. PL 4.330/04: maldade explícita e ilusão. 2015. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2015/04/06/pl-4-33094-maldade-explicita-e-ilusao/#prettyPhoto>>. Acesso em: 11 jan. 2018.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro e São Paulo: Record, 2009.

SILVA, L. M e. Trabalho e reestruturação produtiva: o desmanche da classe – apontamentos em torno de uma pesquisa. In: OLIVEIRA, F. de; RIZEK, C. S. (Org.). **A era da indeterminação**. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 71-110.

TELLES, V. S. Transitando na linha da sombra, tecendo as tramas da cidade: anotações inconclusas de uma pesquisa. In: OLIVEIRA, F. de; Rizek, C. S. (Org.). **A era da indeterminação**. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 195-218.



➤ **DISFUNÇÕES TÊMPOROMANDIBULARES E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO: DIAGNÓSTICOS FRAGMENTADOS E ÔNUS AO TRABALHADOR²⁴**

João Rodolfo Hopp

INTRODUÇÃO

As mais recentes ondas de globalização dos mercados, facilitados pelo uso dos recursos informatizados e sofisticados meios de comunicação eletrônica, trouxe consigo mudanças estruturais no modo de produção de bens e de serviços, exacerbando os aspectos da competitividade sem limites e/ou regras, indelével neste período pós-moderno. Se em períodos anteriores as teorias de organização do trabalho baseavam-se na apropriação da força corpórea do trabalhador, a exemplo das premissas da corrente taylorista-fordista, a partir da disseminação dos “pilares” do que se convencionou chamar de toyotismo, o capital financeiro passou a apropriar-se dos elementos restantes ao trabalhador, ou seja, da “vida-fora-do-trabalho”, em todas as suas dimensões, atuando como mecanismo neoliberal de controle da sociedade-empresa (SILVA, 2009).

Nessa mesma espiral patrocinada pela internacionalização do capital, sob a ameaça da redução dos postos de trabalhos terceirizações e demissões, vieram, com o claro intuito de descaracterizar as atividades laborais até então especializadas, as novas designações para os trabalhadores, como multitarefa, polivalente, flexível, implicitamente, exigindo, cada vez mais, a “adaptação” do trabalhador às novas regras da organização e ambiente de trabalho.

Alterações nas relações e condições de trabalho, resultantes dos enxugamentos de quadros – *downsizing* – e da intensificação do trabalho após as fusões, privatizações e terceirizações verificadas em diversos segmentos produtivos (CARELLI, 2003; FRANCO; DRUCK, 2008), acirraram a competitividade individual entre os trabalhadores. Tanto nos ambientes de produção manufatureira, como no de produção intelectual, público e privado, os trabalhadores passaram a

²⁴ Dissertação. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/pos-graduacao/defesa-de-dissertacao>>

ser regidos pela instabilidade e a meritocracia.

Esta forma de gestão sociopática, *latu senso*, e seus matizes deletérios (GAULEJAC, 2007 p. 63; 69), impede o uso das subjetividades individuais e coletivas como mecanismo transformador do sofrimento inerente ao trabalho (DEJOURS, 2011, p. 409; 430) em realização e prazer, muito pelo contrário, ela induz à somatização das cargas emocionais, culminando com o desencadear e/ou agravamento, a médio e longo prazo, de inúmeras doenças, em especial, as do Sistema Musculoesquelético²⁵, como, por exemplo, as LER/DORTs.²⁶

Considerando-se ainda o entendimento sobre as novas modalidades dos contratos flexíveis de trabalhos (LANCMAN, 2004) e a conseqüente precarização das garantias e condições relacionadas à organização do trabalho (ANTUNES, 2011; 2012), evidentes em uma série de novas redes rurais e urbanas de produção de bens e serviços, aflorou a visão crítico-indagativa sobre quais efeitos e impactos as pessoas submetidas a este tipo de organização de trabalho poderiam ser vitimadas, em suas estruturas orofaciais, com a instalação e/ou agravamento das Disfunções Têmporomandibulares (DTMs), pertencentes ao grupo de doenças que atingem o Sistema Osteomuscular, ainda que subnotificadas nos registros das Doenças Desencadeadas e/ou Agravadas pelo Trabalho.

Visitações à literatura especializada, tanto no campo da Odontologia como no da Saúde Ocupacional e do Trabalhador, resultou poucos estudos relacionando o trabalho com as Disfunções Têmporomandibulares; dentre estes poucos ensaios, o mote dá-se a respeito dos impactos causados pelas DTMs sobre a produtividade, considerando a dor e o conseqüente absenteísmo por elas provocado, despertando a necessidade de uma abordagem inversa, ou seja, o que a forma de trabalhar pode gerar/agravar DTMs.

DISFUNÇÕES TÊMPOROMANDIBULARES: CONTEXTUALIZAÇÃO NECESSÁRIA

Tendo-se como intento a melhor compreensão destas doenças multifatoriais e suas intersecções com o mundo do trabalho,

²⁵ Sistema Musculoesquelético: Os músculos, ossos e cartilagens do corpo; também designado por Sistema Muscular e Esquelético ou Sistema Osteomuscular (BRASIL, 2015).

²⁶ LER/DORTs: Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (IDEM).

necessário se faz, não só as suas caracterizações e classificações, mas, primeiramente, posicioná-las quanto ao acometimento dos sistemas do organismo humano, segundo o olhar transdisciplinar²⁷ e não politômico da natureza e experiência humana. Compreender a complexidade deste quadro, mesmo para os profissionais no âmbito especializado, requer a regressão da atenção aos fatos e interpretações culturais sobre temas a ele relacionados, os quais antecedem, e muito, ao próprio conceito do que na atualidade consideram-se como Disfunções Têmporomandibulares, iniciando-se por aspectos comuns vinculados às doenças osteomusculares, suas origens e implicações na vida das pessoas.

De maneira simplificada, partindo-se das definições de Sistema Muscular e de Sistema Esquelético, chega-se ao conceito classificatório de Sistema Musculoesquelético ou Osteomuscular, que é aquele formado pelo esqueleto ósseo, pelos músculos, tendões, ligamentos e outros componentes das articulações. O esqueleto provê força, estabilidade e uma base de sustentação para que os músculos trabalhem e produzam o movimento, além de servir como arcabouço à proteção dos delicados órgãos internos.

Dentre as doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, as que mais são diagnosticadas são aquelas que se manifestam na região cervical (próxima ao pescoço) e/ou os membros superiores, as quais têm acometido, de maneira indiscriminada, trabalhadores dos vários segmentos produtivos (SATO, 2001 p. 149; WÜNSCK FILHO, 2004 p. 109).

Das Doenças Relacionadas ao Trabalho, no estudo conduzido em Salvador – BA, as doenças predominantes (84,5%) foram as do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo e as do sistema nervoso, correspondendo, em maioria, às lesões por esforço repetitivo ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/DORT): disfunções dos músculos, nervos, tendões, juntas, cartilagens e discos intervertebrais. Ainda na discussão do estudo, os autores reconhecem que o percentual de LER/DORT encontrado foi expressivamente maior que em outros locais nos quais também os distúrbios musculoesqueléticos também, foram predominantes (SOUZA ET AL., 2008 p. 636), como, por exemplo, nos serviços ambulatoriais de saúde

²⁷ Transdisciplinar: uso do termo consoante com os preceitos enunciados na Carta da transdisciplinaridade, elaborada durante o Primeiro Congresso Mundial da Transdisciplinaridade, Convento de Arrábida, Portugal, 1994 (SOMMERMAN, 2008).

do trabalhador no estado de São Paulo, nos quais as doenças do sistema osteomuscular constituíram-se na principal causa de atendimento (56%), seguidas das doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido (20,8%). No entanto, o percentual de LER/DORT foi maior do que os 56% referidos, quando a estas foi incluída a síndrome do túnel do carpo, doença do sistema nervoso periférico, que também pode ser classificada como LER/DORT (WÜNSCH FILHO, 2004B p. 110).

Tomando-se como exemplo o setor de serviços de teleoperação, que possui atividades operativo-intelectuais rígidas (JACSON FILHO; ASSUNÇÃO, 2006), nota-se a incidência de inúmeras patologias codificadas pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, relacionando-as, diretamente, com as atividades laborais deste segmento, ou seja, o trabalho como causa desencadeante e/ou agravadora das mesmas; Tais patologias variam desde as inflamações musculares (miosites - M.60), passando pelas calcificações e ossificações dos músculos (M.61), outros transtornos musculares (M.62), sinovites e tenossinovites (M.65), ruptura espontânea da sinóvia e de tendão (M.66), outros transtornos das sinóvias e dos tendões (M.67), transtornos dos tecidos moles relacionados ao uso excessivo ou pressão (M.70), outras bursopatias (M.71), transtornos fibroblásticos (M.72), lesões de ombro (M.75), entesopatias dos membros inferiores, excluindo os pés (M.76), outras entesopatias (M.77), outros transtornos dos tecidos moles não classificados em outras partes (M.79) e suas respectivas subcategorias codificadas com quatro (4) dígitos (BRASIL, 2009).

Estudos mais recentes apontam que nos Estados Unidos da América do Norte as doenças musculoesqueléticas compõem 52,2% das que geraram benefícios do Seguro de Compensação dos Trabalhadores (LEIGH; ROBBINS, 2004). No Canadá, dados do Sistema de Compensação dos Trabalhadores evidenciaram que as doenças musculoesqueléticas corresponderam a 54,4% das Doenças Relacionadas ao Trabalho que repercutiram em afastamentos (KRAUT, 1994). Na França, segundo o *Institut National de Recherche et de Sécurité* (INRS), esta tipificação (musculoesquelética) de doença reconhecida, quando comparada ao total de enfermidades ocupacionais, saltou de 40% (2.602 casos) em 1992 para 63% (5.856 casos) das enfermidades relacionadas ao trabalho em 1996, com consequente compensação previdenciária aos trabalhadores por elas acometidos (BUCKLE; DEVEREUX, 1999).

No Brasil, dados atualizados a partir das informações contidas na tabela (planilha eletrônica de dados MS Excel) número 5.13 - Quantidade

e valor de aposentadorias por invalidez urbanas acidentárias concedidas, por sexo do segurado, segundo os capítulos da CID - 2011/2013 -, verifica-se os percentuais relativos às doenças do Capítulo XIII da CID - Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo mantiveram-se acima do patamar dos 30%, quando comparadas ao total de benefícios, representando 32,7% em 2011, 32,5% em 2012 e 30,4% em 2013; de fonte e maneira análoga, a apreciando-se a tabela número 3-15 - Quantidade de auxílios-doença concedidos, por clientela e sexo do segurado, segundo os capítulos da CID - 2011/2013, constata-se que no ano de 2011, 2012 e 2013 as doenças musculoesqueléticas apresentaram 19,2%, 19,6% e 18,9%, respectivamente, do total dos auxílios-doença urbanos acidentários ativos; salienta-se, no entanto, considerando-se que o total absoluto de aposentadorias no triênio foi de 31.811 e de auxílios-doença foi de 5.821.140, que as médias de 31,8% para aposentadorias e 19,2% para os auxílios-doença registrados estejam vinculados às doenças osteomusculares, representados na tabela 01, nota-se sua expressiva ocorrência entre os trabalhadores (BRASIL, 2015).

Nos estudos publicados em 2011, Souza e Santana chamam a atenção para a necessidade de que, a partir das pesquisas voltadas ao entendimento das doenças musculoesqueléticas em categorias profissionais, outras “pesquisas que estimem a incidência das doenças musculoesqueléticas incapacitantes na região cervical e/ou membros superiores poderão descrever seu impacto na população trabalhadora” (SOUZA; SANTANA, 2011, p. 2125), de tal sorte que se possa compor a caracterização dos indivíduos afetados. Conseqüentemente, “será possível identificar subgrupos em maior risco para a ocorrência e gravidade do evento, a fim de direcionar ações relativas à prevenção e à reabilitação profissional” (IDEM).

Tabela 1 - Demonstrativo das aposentadorias e auxílios-doença vinculados às doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo - Capítulo XIII - CID 10 - Triênio 2011-2013*

Tipo Benefício	Aposentadorias por invalidez		Auxílios-doença	
	Percentual	Absoluto	Percentual	Absoluto
Período				
2011	32,7%	3.359	19,2%	348.338
2012	32,5%	3.462	19,6%	380.865
2013	30,4%	3.311	18,9%	390.039
Médias trienais e Totais acumulados	31,8%	10.132	19,2%	1.119.242

Fonte: Adaptado do Anuário Estatístico Previdência Social – 2013 – Planilhas 3.15 e 5.13 (BRASIL, 2015).

Vê-se que as doenças musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho seguem sendo uma preocupação atual, como atestam publicações intituladas de “Casos de LER/Dort ainda preocupam: Dia Internacional de Prevenção às Lesões por Esforços Repetitivos em 28 de fevereiro serve de alerta sobre adoecimento”,²⁸ “O que fazer para não repetirmos as mesmas histórias ano a ano?”²⁹ subscrito por inúmeros especialistas de diversas instituições em 2014, e “A LER é uma doença crônica e invisível, alerta Fundacentro”³⁰, de conteúdo sugerido pela área técnica da entidade e publicado em 2014, dando conta sobre a premente necessidade de tomada de medidas conjuntas pelos segmentos que se ocupam da saúde integral e segurança dos trabalhadores, no sentido de prevenir a ocorrência de novos casos, reduzindo a invisibilidade destas patologias (BRASIL, 2014; 2015).

Um dos aspectos de grande relevância, quando se estuda os distúrbios musculoesqueléticos em geral, é o frequente fenômeno da dor crônica que os acompanha, cujas características diferem da dor aguda, quase sempre presentes em processos inflamatórios fugazes, também classificados como “inflamações agudas”.

No início do Séc. XX, o cirurgião francês René Leriche³¹ foi uma voz dissonante, ao afirmar que alguns tipos de dor, em especial aquelas persistentes ao longo do tempo (ditas crônicas), deixam de ser um sintoma e passam a constituir a patologia propriamente dita, ou seja, aquilo que denominou como *douleur-maladie* ou “doença dor”. Em 1979, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) definiu a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano”, deixando implícito que o dano tecidual nem sempre é necessário para que a dor se manifeste. A partir desta concepção, associada aos papéis desempenhados pelos aspectos sociais no eclodir da dor, constitui-se o conceito denominado por “núcleo do conceito biopsicológico da dor” (WHITE; STEIN, 2010).

Na atualidade, após a Declaração de Montreal, após consenso entre os delegados da Cúpula Internacional da Associação Internacional da Dor (IPS), representando 129 países membros, considerou que o acesso ao

²⁸ Casos de LER/Dort ainda preocupam: Dia Internacional de Prevenção às Lesões por Esforços Repetitivos em 28 de fevereiro serve de alerta sobre adoecimento (BRASIL, 2015).

²⁹ O que fazer para não repetirmos as mesmas histórias ano a ano? (BRASIL, 2014a).

³⁰ A LER é uma doença crônica e invisível, alerta Fundacentro (BRASIL, 2014b).

³¹ René Leriche: Cirurgião e fisiologista francês (*1879 - 1955) foi, provavelmente, um dos primeiros cirurgiões a se interessar pela dor; seu primeiro livro sobre essa matéria data de 1917. (FRANCE-MC, 2014)

tratamento da dor é um direito humano fundamental. Declarou ainda que há grandes déficits no conhecimento dos profissionais de saúde sobre os mecanismos e gestão da dor. A manifestação do sintoma de dor crônica, com ou sem diagnóstico, é fortemente estigmatizada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cinco (5) bilhões de pessoas vivem em países com baixa ou nenhum acesso aos medicamentos controlados, para o tratamento da dor moderada à severa (IASP, 2010).

Segundo o critério classificador apontado pela SBED, a dor pode ser encarada como: 1) A dor enquanto consequência, a qual, normalmente, desaparece quando a causa é corretamente diagnosticada e tratada; 2) A dor enquanto entidade patológica, as quais apresentam duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos e que está quase sempre associada a um processo de doença crônica. Também se insere nesta classificação aquelas tidas como dores recorrentes, com é o caso da enxaqueca (SBED, 2012).

Dados epidemiológicos apontam que a dor é causa de 40% do absenteísmo ao trabalho, gerando estresses físicos e emocionais para os doentes e para os seus cuidadores, além de ser um fardo econômico e social para a sociedade, como afirma o Prof. Dr. Manoel Jacobsen Teixeira – Neurocirurgião, FM-USP (SBED, 2012). Resultados da pesquisa para o mapeamento das dores no Brasil, segundo sua coordenadora, indicam que: “[...] Esse número é muito significativo, [pois] quase metade das pessoas [entrevistadas] já deixou de fazer algo que queria, em função da dor.” (MUNDIPHARMA, 2014).

A incidência das dores orofaciais apresenta tamanha relevância, a ponto da IASP e seus Capítulos Nacionais terem dedicado o período de out/2013 a out/2014 a elas, declarando-o como “Ano Mundial Contra a Dor Orofacial” (Global Year Against Orofacial Pain), conforme pronunciamento da presidência da SBED³². No âmbito dos estudos odontológicos sobre dores orofaciais, o tema tem merecido cada vez mais a atenção por parte dos Cirurgiões-Dentistas clínicos e acadêmicos, levando o Conselho Federal de Odontologia (CFO), através da Resolução CFO 022/2001³³, em seu 18º Artigo, ao reconhecimento da especialidade de Disfunção Têmporomandibular e Dor Orofacial.

³² Pronunciamento da SBED: Disponível em: <http://www.dor.org.br/ano-mundial-dor-orofacial>

³³ Resolução CFO 022/2001: Baixa Normas sobre anúncio e exercício das especialidades odontológicas e sobre cursos de especialização revogando as redações do Capítulo VIII, Título I; Capítulo I, II e III, Título III, das Normas aprovadas pela Resolução CFO-185/93, alterada pela Resolução CFO- 198/95. Disponível em: <<http://cfo.org.br/legislacao/ato-normativo/?id=378>> Acesso em: 03 abr. 2013.

Por definição, dor orofacial é toda a dor associada a tecidos moles e mineralizados (pele, vasos sanguíneos, ossos, dentes, glândulas ou músculos) da cavidade oral e da face. Usualmente, essa dor pode ser referida na região da cabeça e/ou pescoço ou mesmo estar associada às cervicalgias, cefaleias primárias e doenças reumáticas, como fibromialgia e artrite reumatoide (DE LEEUW, 2010 p. 1).

Dentre as patologias classificadas como de origem musculoesquelética, com manifestações de sinais e sintomas nas estruturas orofaciais acima referidas, recortou-se, por motivos metodológicos, as tratativas relativas às Disfunções Têmporomandibulares (DTM), dado seu elevado potencial de sintomas álgicos, sendo sua modulação influenciada por fatores fisiopatológicos e psicogênicos.

No senso comum, as Disfunções Têmporomandibulares são muitas vezes entendida/sentida e expressa como sendo uma perturbação e/ou desconforto que acomete, tão somente, as Articulações Têmporomandibulares (ATM)³⁴, por serem nestas, ou próximo a elas, que se manifestam os desconfortos e dores. No entanto, a literatura especializada demonstra que as Disfunções Têmporomandibulares abarcam fenômenos que alteram as funções das estruturas, provocando aumento do tônus (enrijecimento) e contratura muscular localizada, cefaleias tensionais, cervicoalgias, sintomas auditivos (zumbidos), entre outras (HEIR et al., 2012).

Várias das manifestações que são enquadráveis no conjunto das Disfunções Temporamandibulares, em especial as de origem musculoesquelética, como os distúrbios verificados nas articulações e musculatura mastigatória, possam ser codificadas a partir da estrutura na qual se manifestam os sinais e sintomas, ainda que muitas destas doenças continuem consideradas de origem multifatorial, incluindo-se neste rol de possíveis causas, o fator psicossocial vivenciado pelo indivíduo por elas acometido.

Salienta-se ainda que, os fatores biomecânicos relacionados com as atividades laborais, como os esforços por movimentos repetitivos na articulação dos fonemas, em prolongadas jornadas de trabalho com o uso da voz, decorrentes de aspectos ergonômicos, ou mesmo, sequelas nas estruturas e funções têmporomandibulares, decorrentes de acidentes de trabalho típicos, in itinere e doenças do trabalho, constituem-se em importantes objetos de

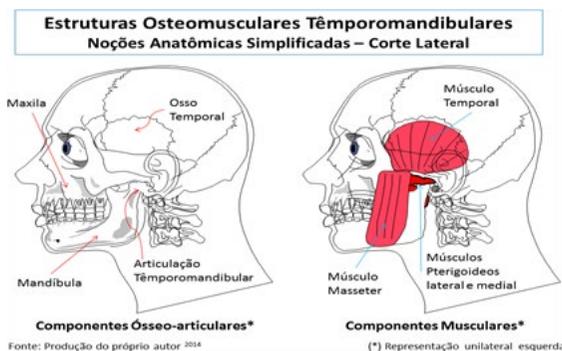
³⁴ Articulação Têmporomandibular (ATM): Estrutura anátomo-funcional responsável pela conexão entre o osso da mandíbula (componente do viscerocrânio) e os ossos temporal do crânio, que compõe o encefalo-crânio.

estudo e prevenção no campo da Odontologia do Trabalho³⁵, todavia, pela própria extensão e complexidade do tema, tais aspectos ensejam abordagens específicas, em publicações que suplementem a presente contribuição, cujo desiderato é pautar as interfaces das DTMs com os impactos psicossociais provocados pela forma de como o trabalho é organizado.

Historicamente, inúmeros termos foram usados para designar o conjunto de distúrbios que compõem o referido quadro atual das Disfunções Têmporomandibulares. (DE LEEUW, 2010. p. 50; OKESEN, 1995). As DTMs incluem distúrbios dos músculos mastigatórios e/ou articulações têmporomandibulares, e são as que mais causam dor não dentária na região orofacial, compondo uma subclassificação das doenças osteomusculares (DE LEEUW, 2010 p. 56). Para Siqueira (2012), corroborando com De Leeuw (2010), as Disfunções Temporomandibulares são as principais causas de dores não dentárias na região orofacial e, são classificadas como desordens musculoesqueléticas e podem coexistir com diversas outras dores craniofaciais e orofaciais (SIQUEIRA, 2012, p. 544; 555).

A Sociedade Brasileira de Disfunção Têmporomandibular e Dor Orofacial (SBDOF) enuncia que: “A Disfunção Têmporomandibular (DTM) é uma expressão que define um conjunto de distúrbios relacionados ao sistema estomatognático e que envolve os músculos mastigatórios, as Articulações Temporomandibulares e estruturas associadas” (SBDOF, 2012), ilustradas na Figura 1.

Figura 1 - Estruturas Têmporomandibulares Anátomo-funcionais



Fonte: HOPP, 2015 p.24

³⁵ Odontologia do Trabalho: “é a especialidade que tem como objetivo a busca permanente da compatibilidade entre atividade em meio ambiente laboral e a preservação da saúde bucal do trabalhador.” (CFO, 2012).

A importância epidemiológica da manifestação das Disfunções Temporomandibulares é reforçada pelo fato de que, em estudos sobre a epidemiologia clínica da dor musculoesquelética no Brasil, mais 33% dos entrevistados julga que a dor crônica interfere nas atividades habituais e mais de 75% considera que a dor crônica limita atividades recreativas, relações sociais [de trabalho] e familiares (TEIXEIRA et al., 2001).

Estudos conduzidos no setor de Otorrinolaringologia de uma unidade hospitalar na cidade de Passo Fundo – RS, após a resposta de 221 pessoas ao questionário e índices validados, deram conta que 21,72% dos respondentes careciam de tratamento voltado às Disfunções Temporomandibulares (DTM moderada a severa), sendo que destes, 72,9% eram mulheres e 21,1% homens; Somente 7,24% da amostra total estavam isentos de sinais e sintomas da DTM, sendo que 33,5% relataram cefaleias, 28,5% dor no pescoço e ombro, 29% acusaram dor na região do ouvido e 25% com dores articulares (SILVEIRA et al., 2007).

Quanto aos modelos classificatórios das Disfunções Temporomandibulares, De Leeuw cita que a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) publicou, em 1986, na tentativa de atender à necessidade emergente de uma classificação das DTMs que propiciasse a integração e facilitação do diálogo entre cirurgiões-dentistas e médicos, uma classificação das condições dolorosas, designando a categoria III, como “dor craniofacial de origem musculoesquelética” (DE LEEUW, 2010, p. 50-51).

Respalhada na exigência por parte dos planos securitários de saúde estadunidenses, a autora reconhece um grande agrupamento das Disfunções Temporomandibulares, ou seja, o dos Distúrbios dos músculos mastigatórios, por serem análogos aos distúrbios que acometem os demais músculos do corpo, a autora incluiu a Mialgia local, Dor miofascial, Mialgia mediada centralmente, Mioespaço, Miosite, Contratura miofibrótica, e, finalizando, a Neoplasia dos músculos mastigatórios (DE LEEUW, 2010, p. 142; 158).

Como desdobramento destas classificações, abordar-se-á, quando das intervenções propostas, ao final desta contribuição, a sugestão adaptada para uso ocupacional. As condições psicossócio-emocionais são variáveis que envolvem estes quadros, assumindo vital importância no emergir das preocupações afetas às questões vinculadas ao trabalho, físico e/ou intelectual, volto a afirmar, dada a confluência de ideias que se apresenta entre os diversos estudiosos sobre o tema.

Hodiernamente, a sustentação do fator biomecânico como causa exclusiva das Disfunções Têmporomandibulares vem cedendo espaço à consideração das dimensões psicossócio-emocionais³⁶ como variáveis interferentes (desencadeador e/ou agravador) neste conjunto de doenças potencializam a exacerbação da percepção fatores contribuintes ao sofrimento humano.

Okeson, tratando do significado psicológico das dores buco-faciais, traz importante contribuição ao lembrar a importância do significado da dor, nesta área do corpo pela e na qual se processa os alimentos, exprime-se a oralidade comunicacional (como parte da respiração e fonação) e, não menos importante, a expressam-se as emoções e sentimentos vitais às pessoas. Observa ainda que se estas estruturas são ameaçadas por dor ou distúrbios, a qualidade de vida pode se reduzir-se drasticamente (OKESON, 1998 p. 463-465).

Apoiando-se na teoria que preza o efeito do estresse³⁷ sobre os músculos e a tensão emocional nas Disfunções Temporomandibulares, Seger afirma que a persistência de uma situação estressora interfere nas combinações psicológicas, fisiológicas e socioambientais que interferem nas Disfunções Têmporomandibulares, caracterizando-as como quadro multifatorial, sendo que os distúrbios psicológicos podem contribuir à etiologia, agravá-la, precipitar condições subclínicas latentes, serem comorbidades e até mesmo, partes deles serem resultados da própria instalação das Disfunções Temporomandibulares (SEGER, 1998 p. 214-215).

Tratando dos conceitos de sofrimento e dor, De Leeuw sublinha que o primeiro (sofrimento), um termo notadamente ausente nos dicionários médicos, é diferente de dor (DE LEEUW, 2010, p. 16). Comentando sobre as peculiaridades psicossociais associadas às Disfunções Temporomandibulares, a autora ainda afirma que: “fatores psicossociais incluem variáveis interpessoais e de situações que afetam

³⁶ Dimensões psicossócio-emocionais: Expressão resgatada das pesquisas relacionadas com a condição de portadores deficiências, como, por exemplo, *A social relational definition of disability: Disability is a form of social oppression involving the social imposition of restrictions of activity on people with impairments and the socially engendered undermining of their psycho-emotional well being* (THOMAS, 1999 p. 60), usada no contexto deste trabalho com o propósito de reforçar a relevância das emoções vivenciadas pelo trabalhador, as quais impactam nos sentimentos relativos ao ambiente laboro-organizacional, e, consequentemente, na psicogênese de patologias moduladas pelos fatores psíquicos experimentados, em cada indivíduo.

³⁷ Teorias do Estresse: teorias pautadas na ênfase aos pressupostos cognitivo-comportamentais, na metodologia quantitativa e uma aproximação com os postulados da psicologia social científica; pautadas no comportamentalismo (observação do comportamento) (ACQUES, 2003).

a capacidade do paciente de realizar as funções de forma adaptativa”, e que “Existem evidências de que alguns pacientes com DTMs apresentam mais ansiedade do que grupos controles saudáveis e que a dor orofacial pode ser apenas umas das várias manifestações somáticas do estresse emocional” (DE LEEUW, 2010. p. 140-141).

Revisando a efetividade dos métodos de diagnóstico e instrumentos destinados a identificar vários fatores psicológicos em portadores de Disfunções Temporomandibulares, estudos do departamento de ortodontia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Los Angeles (USA) constataram a frequente presença dos sinais e sintomas de estresse, ansiedade e depressão, além de comportamentos típicos de portadores de dor crônica, nestes pacientes (RUGH; WOODS; DAHLSTROM, 1993).

Oliveira e colaboradores, em estudo realizado no município de Araraquara-SP, investigando impacto da dor na vida dos portadores de Disfunção Temporomandibular, encontraram resultado apontando que 59,09% dos pacientes referem algum grau de prejuízo no trabalho e nas atividades escolares; 50%, nas atividades de lazer e no relacionamento familiar; 54,55% nas atividades domiciliares (OLIVEIRA et al., 2003).

Dentre outras contribuições, Perissinotti & Figueró, ao mencionarem procedimentos psicoterápicos no tratamento da dor e estudos psicológicos sobre dores orofaciais, apontam os quadros depressivos e de ansiedade como fatores emocionais responsáveis pela cronicidade das Disfunções Temporomandibulares, em relação direta com algumas das componentes das DTMs (PERISSINOTTI; FIGUERÓ, 2012 p. 159; 172).

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO SOB O OLHAR DA PSICODINÂMICA DE DEJOURS³⁸

Organizar o trabalho é inerente apenas à produção moderna e pós-moderna, assim como, independente da relação patrão-empregado. Exemplo disso é uma das atividades de labor das mais ancestrais possíveis, que se trata da agricultura artesanal, indo da escolha do local de plantio à distribuição das tarefas entre os envolvidos, demonstrando

³⁸ Dejours; Jacques Christophe Dejours, nascido em Paris, 1949. Médico Psiquiatra, Assistente de Medicina do Trabalho da Faculdade de Medicina de Paris, Membro da AOCIP – Associação para a Abertura do Campo de Investigação Psicopatológica e do Laboratório de Psicologia do Trabalho do “Conservatório Nacional de Artes e Ofícios” de Paris.

assim, que a organização, ainda que instintiva, é produto da inteligência derivada da experiência humana, desde tempos remotos. No entanto, o estudo de Dejours e aprimoramento sistemático deram-se a partir da intensificação da produção e consumo, representados pelo Taylorismo (estudos baseados no controle de tempo e dos movimentos), seguido do Fordismo (produção em linha) e, cuja essência, fora “reavivada” e trazida à atualidade, com requintes de uma linguagem eufêmica e de sofisticação dos adereços tecnológicos, inaugurado pela chamada Gestão Toyotista.

Pela própria natureza do vasto campo do saber (estudado e por estudar) que busca, constantemente, a integralidade da saúde humana nas suas relações com o trabalho, tendo como foco o ser humano e a coletividade, o entendimento da necessidade da interdisciplinaridade e da prática transdisciplinar apresenta-se como um importante passo rumo ao objetivo maior. Não se trata de repudiar ou descartar os conhecimentos adquiridos pelas disciplinas; muito pelo contrário, o que se pretende com isso, é a possibilidade do diálogo entre elas, aproximando os saberes específicos, oriundos dos diversos campos do conhecimento, em um discurso compreensível e audível aos diversos interlocutores, incluindo-se nestes, sobretudo, os próprios trabalhadores (ALVES; BRASILEIRO; BRITO, 2004; MINAYO-GÓMEZ; MACHADO; PENA, 2011). Assim justifica-se a escolha da Psicodinâmica do Trabalho, proposta por Dejours, pelo fato de, em seus princípios basilares, contemplar-se o respeito e consideração pela subjetividade implícita no trabalho, indo para além da análise exclusiva do comportamento dos trabalhadores.

Evocando-se Molinier, a Psicodinâmica do Trabalho (PDT) define-se como a “análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho” (MOLINIER, 2013 p. 69). Aponta ainda, o idealizador deste pensamento, em seu artigo original *La charge psychique de travail*, publicado em 1980, traduzido para o português como “A carga psíquica do trabalho”, a existência de um efeito psíquico paradoxal exercido pelo trabalho, uma vez que, o que pode se configurar como equilíbrio para alguns indivíduos, torna-se motivo de fadiga para outros (DEJOURS, 2011a p. 21; 32).

Em decorrência da subjetividade (articulação do desejo, poder de sentir, de pensar e inventar frente aos imprevistos) nas relações Homem e Trabalho, afirma Dejours, em que pese os efeitos concretos e reais do segundo sobre o primeiro, como é o caso dos níveis de “absenteísmo verificado”, greves ou naquilo que alguns nomeiam como

“presenteísmo”,³⁹ a Carga Psíquica do Trabalho escapa dos modelos de mensuração quantitativa convencionais, levando-o a propor o modelo por ele chamado de “abordagem econômica do funcionamento psíquico” (DEJOURS, 2011 p. 151; 156).

Quando ocorre a manutenção de condições organizacionais (autoritárias e rígidas) do trabalho, desconsiderando-se as necessidades psicossociais e a (inter)subjetividade própria dos trabalhadores, há grande prevalência das situações que impedem a transformação, pelo trabalhador, do sofrimento (inerente ao trabalho) em sofrimento criativo frente ao trabalho, ou seja, instala-se aí, as condições propícias à sucumbência do trabalhador frente às condições e organização adversas do trabalho, especialmente quando os mecanismos e estratégias (individuais e coletivas) dão sinais de esgarçamento e ineficiência.

Salienta-se o fato de que o sofrimento, na acepção da Psicodinâmica do Trabalho, é inerente ao trabalho, uma vez que ele é fruto do enfrentamento, pelo trabalhador, do confronto e discrepância entre o trabalho prescrito⁴⁰ e o real⁴¹ no mundo do trabalho, provocando-lhe, como consequências, as frustrações, angústias, temores, desânimo, entre outras (DEJOURS, 2011 p. 167; 184).

A padronização das regras de trabalho, traduzida pela organização do trabalho cada vez mais aprimorada, resulta em prescrições oriundas de realidades culturais completamente diferentes da loco aplicado, tendendo não só a mobilizar e controlar o tempo, a indumentária e os comportamentos sociais dos trabalhadores, como forma de apropriação da própria subjetividade das pessoas. Desta maneira, no entendimento da Psicodinâmica do Trabalho, tem-se o Sofrimento Criativo, que se conforma quando o trabalhador, diante da situação problema e inesperada que se apresenta durante o trabalho real, reage, mobilizando suas capacidades subjetivas para o enfrentamento e solução das vicissitudes, levando-o à experiência de prazer no trabalho. Já as condições prescritas constrangedoras tolhe-o

³⁹ Presenteísmo: termo neológico que, em dada medida, substitui a expressão “absenteísmo de corpo presente”, uma vez que se refere às situações em que os trabalhadores doentes seguem em suas atividades (OMS-SESI, 2011 p. 29), mesmo que sob os efeitos de substâncias químicas, lícitas ou ilícitas, devido ao fato de que não há falta ao trabalho isenta de sanções veladas, na forma de assédio, mesmo quando amparada pela legislação, como nos alerta a Professora Doutora Lúcia Rotenberg (LEAS-IOC/Fiocruz), disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/37750>> Acesso em: 21/Mai/2015.

⁴⁰ Trabalho prescrito: é o conjunto de determinações impostas aos trabalhadores pelos gestores para a execução de suas atividades de trabalho (COSTA, 2013 p. 468).

⁴¹ Trabalho real: é a maneira desenvolvida pelo trabalhador para lidar com as situações reais de trabalho, compostas pelas interações dos trabalhadores com os recursos disponibilizados pela organização e as pessoas participantes do processo de trabalho.

quanto ao uso de suas habilidades e subjetividades, recalçando seu sentimento de impotência e inabilidade frente à necessidade de resolução do imprevisto; quando repetitivamente, instala-se o quadro de Sofrimento Patogênico, com suas consequências psicossomáticas, levando ao agravamento e/ou exacerbação de doenças já portadas ou precipitando o desencadear de patologias até então potenciais ou subclínicas no trabalhador.

Verificando-se uma dicotomia entre os valores morais e éticos, entre o trabalhador e organização do trabalho, sobrepõem-se o Sofrimento Ético, que tanto contribui ao desencadear como ao agravar do Sofrimento Patogênico, 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 aos seus valores; [...] o sofrimento ético é, portanto, um conflito moral e emocional consigo mesmo (VASCONCELOS, 2013 p. 421; 425).

Embora o sofrimento seja uma experiência individual, desencadeando mecanismos de defesa a partir do e para proteger o indivíduo, a Psicodinâmica do Trabalho atenta-se também para o estudo das estratégias coletivas de defesa, como é o caso dos “batismos”, cujo eixo, é a ideologia centrada na virilidade (MOLINIER, 2013 p.139). Desta maneira, a Psicodinâmica do Trabalho traz à luz nos debates, ao tratar especificamente os aspectos deletérios causados pelo sofrimento no trabalho, esquematizados na figura 2.

Figura 2 – Representação esquemática – relação sofrimento e organização do trabalho



Fonte: HOPP, 2015 p. 71

DTMS: REALIDADE DO DIAGNÓSTICO FRAGMENTADO E O ÔNUS AO TRABALHADOR

Ao pensar-se nos aspectos e particularidades que envolvem as doenças musculoesqueléticas, especialmente no ambiente da saúde ocupacional, no campo pericial previdenciário e até mesmo entre os que atuam em saúde do trabalhador, é comum encontrar-se com opiniões de profissionais da saúde, os quais, em uma clara tendência simplificadora, lançam mão do conceito de “diagnóstico por similaridade” como forma de “garantir” que todos os quadros patológicos que podem acometer os trabalhadores, incluindo-se as Disfunções Têmporomandibulares, estariam assim amparados.

O fato é que a tese pautada no conceito da similaridade para o diagnóstico de quadros patológico é, em especial, voltado ao diagnóstico por imagens. Este conceito é oriundo das ciências computacionais aplicadas às ciências da saúde baseada em evidências (SANTOS FILHO, et al., 2002). No entanto, ao alegar-se que o diagnóstico das Disfunções Temporomandibulares em trabalhadores dar-se-ia pelo estatuto da teoria da similaridade, uma vez que outras patologias osteomusculares já são reconhecidas e insculpidas em normalizações existentes, configura um argumento, no mínimo, superficial, pois desconsidera alguns dos aspectos basilares que implicam no estabelecimento do nexu ocupacional, que requer a análise minuciosa realizada por profissional habilitado, considerando as condições clínicas, o perfil profissiográfico previdenciário⁴² e características e riscos existentes no ambiente de trabalho, vivenciado pelo portador.

O fato do próprio marco regulatório, que trata do reconhecimento das doenças musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, afirmar ser o diagnóstico da competência do médico perito, este fato impede que as Disfunções Temporomandibulares, pertinentes à competência do Cirurgião-Dentista, tenham seu nexu ocupacional reconhecido, impossibilitando seu enquadramento como doença passível de desencadeamento e/ou agravamento pelo trabalho, ou seja, do tipo Schilling III. Exemplo internacional que bem ilustra o distanciamento do diagnóstico médico ocupacional com relação às Disfunções Têmporomandibulares, é o formulário usado no programa canadense voltado à ergonomia. Ainda que o The Canadian Centre for Occupational Health and Safety (CCOHS) goze de extremo respeito e credi-

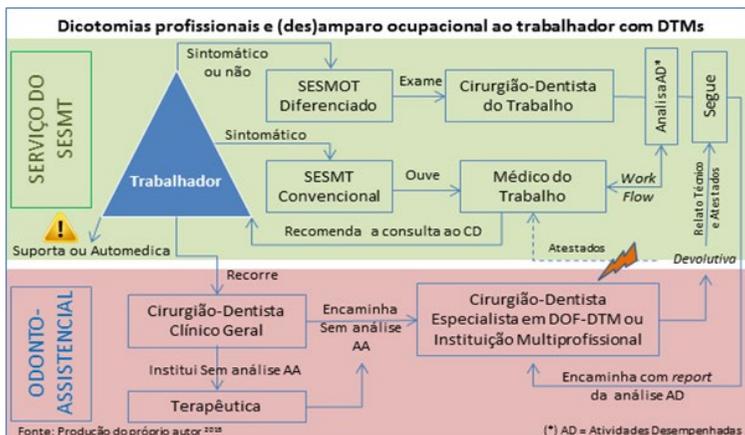
⁴² Perfil profissiográfico: expressão usada quando da instituição do Perfil Profissiográfico Previdenciário (PPP), criado pela Lei 9.528/1997, Art. 58 § 4º, regulamentada pelo Decreto nº 4.032, de novembro de 2001 (BRASIL, 1997).

bilidade no universo da saúde e segurança do trabalhador, em seu questionário⁴³ (Tensões e distensões) (CCOHS, 2013), contempla-se os sintomas de dor a partir do pescoço, ombros, cotovelos, pulsos/ antebraços, mãos, região superior e inferior das costas, joelhos e pés.

Aliando-se à ausência de profissional habilitado (Cirurgião-Dentista do Trabalho) nas equipes periciais e nas de saúde ocupacional e do trabalhador, acrescenta-se ainda a inexistência de códigos universalizados e específicos para o diagnóstico das patologias englobadas pelas Disfunções Têmporomandibulares, donde se explica a sua completa escamoteação no universo ocupacional-previdenciário.

Em meio a este “emaranhado” de fatos controversos que envolvem as Disfunções Têmporomandibulares, vê-se enredado a prática do seu diagnóstico, fragmentado entre serviços de saúde ocupacional e do trabalhador carentes de profissionais habilitados ao diagnóstico, ao mesmo tempo em que os serviços assistencialistas (voltados ao tratamento das doenças orofaciais) estabelecem pouca interação dialógica com as áreas e serviços da saúde ocupacional, como representa a ilustração da Figura 3.

Figura 3 - Dicotomias profissionais e (des)amparo ocupacional do trabalhador com DTMs



Fonte: HOPP, 2015 p. 80

⁴³ Questionário Sprains and Strains Survey: Medical History Checklist: Symptoms Survey for Work-Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs) Disponível em: <http://www.ccohs.ca/oshanswers/diseases/work_related_WMSD.html> Acesso em: 22 Mai. 2015.

Um primeiro ponto a ser destacado no fluxograma apresentado é o representado pelo símbolo de alerta (Δ), que é quando o indivíduo tende a “suportar” as dores e os desconfortos, ou fazer uso de fármacos, por conta própria (automedicação não relatada aos serviços de saúde das corporações), levando ao desequilíbrio das condições psico-sócio-emocionais do trabalhador, retroalimentando e potencializando um possível quadro de sofrimento, vivenciado no ambiente de trabalho, quando não, vitimando-o por um acidente.

O segundo instante, representado pelo símbolo de interrupção (\mathcal{N}), é aquele no qual, por força do exíguo, e por vezes, ineficaz diálogo bidirecional entre os profissionais que prestam os atendimentos assistenciais ao trabalhador com DTMs e os pertencentes ao SESMT Convencional,⁴⁴ a visualização da situação vivenciada pelo trabalhador limita-se à emissão e recepção de documento cartorial,⁴⁵ justificador das horas não trabalhadas (isso, quando há absenteísmo!), satisfazendo, tão somente, a estatística gerencial. Agregue-se a tudo isso, o fato das Disfunções Têmporomandibulares imporem aos seus portadores, inúmeros e, por vezes difusos sintomas, que não raramente, incidem sobre estruturas anatômicas mais distantes (região dorso-cervical, região anterolateral do pescoço, estruturas profundas orofaríngeas, entre outras), o que dificulta sua classificação como doença desencadeada e/ou agravada pelo ambiente e organização do trabalho.

Finalizando este capítulo, mas não as discussões, propõem-se o convite à “reflexação”,⁴⁶ que se segue: Sendo o conjunto das Disfunções Temporomandibulares manifestações de doenças musculoesqueléticas, passíveis de modulação devido aos aspectos psicossociais, entre eles as situações de trabalho, acredita-se que a realização de estudos clínicos, com enfoque qualitativo, quantitativo ou misto, evidenciará sua caracterização como Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho, pelos vários motivos expostos;

Estudos com trabalhadores em ocupações sujeitas à prevalente organização de trabalho calcado na extrema prescrição e rigidez, em

⁴⁴ SESMT Convencional: Aquele limitado à composição, em número e formação, dos profissionais relacionados na NR-04, que trata do Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho, no item 4.4, referenciando o Quadro II – Dimensionamento dos SESMT, constante na Portaria GM nº 214/78 e subsequentes alterações. (BRASIL, 1978).

Oficiosamente, existem Serviços Especializados que contemplam o monitoramento das Condições Buco-dentofaciais dos trabalhadores, com a presença do Cirurgião-Dentista do Trabalho, no quadro próprio ou terceirizado, aqui denominado de SESMOT.

⁴⁵ Cartorial: No sentido stricto da característica de registrar e guardar documentos

⁴⁶ “Reflexação”: Corruptela entre os substantivos derivados dos verbos raízes Reflexionar e Acionar. NA

diferentes setores produtivos, evidenciará a relação entre o trabalho e o desencadear/agravar das Disfunções Têmporomandibulares;

À superação do atual desconhecimento reinante entre os trabalhadores em geral, sobre as possíveis relações bidirecionais entre o trabalho e a saúde buco-dento-facial, em especial com relação às Disfunções Têmporomandibulares, ações andragógicas desenvolvidas por entes da União, centrais sindicais e entidades acadêmicas, serão importantes instrumentos a desenvolver;

Enquanto alterações normativas (NR) não contemplem a saúde bucal no rol de acompanhamento dos trabalhadores, a divulgação sobre a possível concausa do trabalho nas DTMs, deve sensibilizar os profissionais de saúde ocupacional, em nível nacional; e,

Como forma de superar o alijamento das Disfunções Têmporomandibulares do rol de patologias desencadeadas e/ou agravadas pelo trabalho, em parte fruto do próprio descolamento da Odontologia do universo da saúde do trabalhador, encetar a convergência entre lideranças da Odontologia do Trabalho e das entidades especializadas em Dor Orofacial e Disfunção Têmporomandibular, contribuirá ao consenso sobre protocolo anamnésico, que contemple quesitos ocupacionais mínimos, e fomento às alterações na futura revisão da CID, partindo-se da adaptação e aprimoramento da tradução da contida na versão 10. Concluindo, que as intervenções aqui sugeridas, longe da pretensão de esgotar todas as suas possibilidades, sejam úteis à construção de novas reflexões sobre as várias dimensões da saúde humana, incluso, para além da condição de trabalhador.

REFERÊNCIAS

ALVES, R.F.; BRASILEIRO, M.C.E.; BRITO, S.M.O. Interdisciplinaridade: um conceito em construção. **Episteme**, Porto Alegre, n. 19, p. 139-148, jul./dez. 2004.

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho no Brasil: reestruturação e precariedade. **Nueva Sociedad especial em português**, junho de 2012 <www.nuso.org> Acesso em: 25 out. 2012.

ANTUNES, R. Os modos de ser da informalidade: rumo a uma nova era da precarização estrutural do trabalho? **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 405-419, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://www>.

scielo.br/pdf/sssoc/n107/02.pdf> Acesso em: 26 out. 2012.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **LEI Nº 9.528, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1997: Altera dispositivos das Leis nºs. 8.212 e 8.213 ambas de 24 de julho de 1991, e dá outras providências.** Brasília (DF), 1997. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1997/lei-9528-10-dezembro-1997-349414-normaatualizada-pl.html>> Acesso em: 22 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Previdência. **Auxílio doença.** Brasília, DF, 2015. Folder explicativo. Disponível em: <http://previdencia.gov.br/arquivos/office/3_100701-165316-811.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Fator Acidentário de Prevenção.** 2009. Disponível em: <<https://www2.dataprev.gov.br/FapWeb/faces/pages/principal.xhtml>> Acesso em: 07 jun. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho do Brasil. **PORTARIA MTB Nº 3.214, DE 08 DE JUNHO DE 1978: Aprova as Normas Regulamentadoras - NR - do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas a Segurança e Medicina do Trabalho.** Brasília (DF), 1978. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/63/MTE/1978/3214.htm>> Acesso em: 14 jul. 2013.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **A LER é uma doença crônica e invisível, alerta Fundacentro.** 2014b. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/noticias/detalhe-da-noticia/2014/2/a-ler-e-uma-doenca-cronica-e-invisivel-alerta-fundacentro>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Casos de LER/Dort ainda preocupam:** dia internacional de prevenção às lesões por esforços repetitivos em 28 de fevereiro serve de alerta sobre adoecimento. 2015. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/noticias/detalhedanoticia/2015/2/casosdelerdortaindapreocupam>>. Acesso em: 27 fev. 2015.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **O que fazer para não repetirmos as mesmas histórias ano a ano?.** 2014a. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/projetos/1ACABEI-PORTALLER%20DORT%2028%20FEV%202014%20%281%29.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2014.

BUCKLE, P.; DEVEREUX, J. **Work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders**. European Institute of Health & Medical Sciences. University of Surrey, Guildford, Surrey, U.K. 1999.

CARELLI, R.L. **Terceirização e intermediação de mão-de-obra: ruptura do sistema trabalhista, precarização do trabalho e exclusão social**. Rio de Janeiro: Renovar, 2003.

CFO. **Consolidação das normas para procedimentos nos conselhos de odontologia aprovada pela resolução 063/2005: atualizada em julho de 2012**. Disponível em < <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/consolidacao.pdf> > Acesso em 20 Set. 2012.

COSTA, S.H.B. **Trabalho prescrito e trabalho real**. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. (Orgs.). Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba, Juruá, 2013. 512p. p.467-471

DE LEEUW, R. **Dor orofacial, Academia Americana de Dor Orofacial: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento**. 4. ed. Chicago, São Paulo, Quintessence, 2010.

DEJOURS, C. **A carga psíquica do trabalho**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho, contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2011a.

DEJOURS, C. **A saúde mental entre os impulsos individuais e requisitos coletivos: sublimação e trabalho**. In: LACMAN, S; SZNELWAR, L. I. (Org.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Brasília, DF: Paralelo 15, 2011. p.409-430. cap. 12.

DEJOURS, C. **O Trabalho como enigma**. In: LACMAN, S; SZNELWAR, L. I. (Org.). Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Brasília, DF: Paralelo 15, 2004. 2011. p. 151-156. cap. 3.

FRANCE-Ministère de la culture. Célébrations nationales 2005 - Sciences et techniques- René Leriche Disponível em <http://www.culture.gouv.fr/culture/actualites/celebrations2005/leriche.htm> - Acesso em 12 Out. 2014

FRANCO, T.; DRUCK, G. O trabalho contemporâneo: precarização e saúde mental. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO - São Paulo, 28 e 29 de novembro de 2008. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/Arquivos/sis/EventoPortal/AnexoPalestraEvento/Mesa%20redonda%201%20-%20Trabalho%20contempor%C3%A2neo.pdf>> Acesso em: 05 mai. 2012.

GAULEJAC, V. de. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007. p. 63-69. cap. 2.

HEIR, G.M. et al.. Relação entre disfunções temporomandibulares, cefaleias primárias e cervicalgias. In: SIQUEIRA, J.T.T.; TEIXEIRA, M.J. **Dores orofaciais**: diagnóstico e tratamento. São Paulo, Artes Médicas, 2012. cap. 46.

HOPP, J.R. **Interface entre disfunções temporomandibulares e a organização do trabalho: limitações donexo ocupacional por similaridade e motivos à escamoteação**. 2015. 173 f. Dissertação (mestrado)-Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/pos-graduacao/HOPP.pdf>> Acesso em: 01 mai. 2015.

IASP. **Declaration of Montréal, Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right**. Montreal, 2010. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/PainSummit/DeclarationOfMontreal.pdf>>. Acessado em: 15 mar. 2013.

JACKSON FILHO, J.M.; ASSUNÇÃO, A. A. Trabalho em teleatendimento e problemas de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 31, n. 114, p. 4-6, jul./dez. 2006.

JACQUES, M.G.C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Santa Catarina; v. 15, n. 1, p. 97-116, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v15n1/v15n1a06.pdf>> Acesso em: 16 set. 2012.

KRAUT, A. Estimates of the extent of morbidity and mortality due to occupational diseases in Canada. **American Journal of Industrial Medicine**, v. 25 n. 2 p. 267-278, 1994.

LANCMAN, S. **Apresentação**. In: LACMAN, S; SZNELWAR, L. I. (Org.). Chris-

tophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Brasília, DF: Paralelo 15, 2011. p. 25-26.

LEIGH, J.P.; ROBBINS, J.A. Occupational disease and workers' compensation: coverage, costs and consequences. **The Milbank Quarterly**, v. 82, n. 4, 2004. p. 689-721.

MINAYO-GÓMEZ, C.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P.G.L. (Org.) **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011.

MOLINIER, P. **O Trabalho e a psique, uma introdução à psicodinâmica do trabalho**. Brasília DF: Paralelo 15, 2013.

MUNDIPHARMA. **Pesquisa inédita mostra como o brasileiro lida com a dor**. 2014. Disponível em: <http://www.mundipharma.com.br/Arquivos/Release/14_01_30%20Pesquisa%20sobre%20Dor%20GERAL_FINAL.pdf> Acesso em: 12 set. 2014.

OKESON, J.P. **Dores bucofaciais de Bell**. 5. ed. São Paulo: Quintessence, 1998.

OKESON, J.P. **Etiologia de los transtornos funcionales del sistema masticatório**. In: OKESON, J.P. Oclusión y afecciones temporomandibulares. 3. ed. Disponível em: <<http://www.sociedadperuanadeprotesis.org/descargas/1995/transtornos.pdf>> Acesso em: 12 jan. 2015.

OLIVEIRA, A. S. et al.. Impacto da dor na vida de portadores de disfunção têmporomandibular. **J Appl Oral Sci**, v. 11, n. 2, p. 138-143. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jaos/v11n2/v11n2a09.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2011.

OMS-SESI. **PRIMA-EF: orientações do modelo europeu para a gestão de riscos psicossociais: um recurso para empregadores e representantes dos trabalhadores**. Tradução do Serviço Social da Indústria Departamento Nacional. – Brasília: SESI, 2011. 63 p. Disponível em: <http://www.who.int/occupational_health/publications/fact_02.pdf> Acesso em: 29 mai. 2015.

PERISSINOTTI, D.M.N.; FIGUEIRÓ, J. A. Procedimentos psicoterápicos no tratamento da dor e estudos psicológicos sobre dores orofaciais. In: SIQUEIRA, J.T.T.; TEIXEIRA, M. J. **Dores orofaciais: diagnóstico e trata-**

mento. São Paulo: Arte Médicas, 2012. p.159-172. cap. 12. part. 4.

RUGH, J. D.; WOODS, B. J.; DAHLSTROM, L. Temporomandibular disorders: assessment of psychological factors. **Adv Dent Res**. v. 7, n. 2, p. 127-36, Aug., 1993.

SANTOS FILHO, et al.. **Desmistificando o conceito de consultas por similaridade**: a busca de novas aplicações na medicina. 2002. Disponível em: <<http://www.lbd.dcc.ufmg.br/colecoes/wim/2002/0016.pdf>> Acesso em: 09 fev. 2015.

SATO, L. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17 n.1,m p. 147-152, jan./fev. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4070.pdf>> Acesso em: 05 mar. 2012.

SBDOF. **Estatuto da Sociedade Brasileira de DTM e dor orofacial**. 2012. Disponível em: <<https://dtmedor.files.wordpress.com/2012/10/estatuto-sbdof1.pdf>> Acesso em: 25 abr. 2013.

SBED. **Classificação da dor**. 2012a. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/publico/classificacao.asp>> Acesso em: 15 mar. 2013.

SEGER, L. Psicologia aplicada à disfunção têmporomandibular. In: SEGER L. ET AL.. **Psicologia & Odontologia**: uma abordagem integradora. 3. ed. Santos, SP, 1998. p. 201-242. cap. 12.

SILVA, R. A. da. Toyotismo e neoliberalismo: novas formas de controle para uma sociedade-empresa. In: I SIMPÓSIO INTERNACIONAL VIGILÂNCIA NA AMÉRICA LATINA, 1. 2009, Curitiba. **Anais eletrônicos...**, Curitiba: PUCPR, 2009. p. 277; 299. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/ssscla/papers/SessaoE_A01_pp277-299.pdf> Acesso em: 04 mai. 2010.

SILVEIRA, A.M. et al.. Prevalência de portadores de DTM em pacientes avaliados em setor de otorrinolaringologia. **Rev. Bras. Otorrinolaringol**. São Paulo, v. 73, n. 4, p. 528-532. Jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rboto/v73n4/a12v73n4.pdf>> Acesso em: 17 jan. 2013.

SIQUEIRA, J.T.T. de. Disfunção mandibular: doença ou sinal?. In: SIQUEIRA, J.T.T. de; TEIXEIRA, M.J. **Dores orofaciais**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Artes Médicas, 2012. cap. 43.

SOMMERMAN, A. **Inter ou transdisciplinaridade?:** da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Paulus, 2008. Anexo I.

SOUZA, N.S.S.; SANTANA, V.S. Incidência cumulativa anual de doenças musculoesqueléticas incapacitantes relacionadas ao trabalho em uma área urbana do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27 n. 11 p. 2124-2134, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/06.pdf>> Acesso em: 13 mai. 2012.

SOUZA, N.S.S. et al.. As Doenças do trabalho e benefícios previdenciários relacionados à saúde, Bahia, 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42 n. 4. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6765>> Acesso em: 9 mai.2012.

TEIXEIRA, M.J. et al.. Epidemiologia clínica da dor músculo-esquelética. **Rev. Med.** São Paulo, v. 80, n. 1, p. 1-21, 2001. Edição especial. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/63150/65940>> Acesso em: 14 abr. 2013.

THOMAS, C. **Female Forms: Experiencing and Understanding Disability.** Philadelphia, OUP, 1999.

VASCONCELOS, A.C.L. Sofrimento ético. In: VIEIRA, F.O.; MENDES, A.M.; MERLO, A.R.C. (Org.). **Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho.** Curitiba, Juruá, 2013. p. 421-425.

WHITE, W; STEIN, C. Histórico, definições e opiniões atuais. In: KOPF, Andreas; PATEL, Niles B. (Ed.). **Guia para tratamento da dor:** contexto de poucos recursos. USA: IASP, 2010. p. 1-5. cap. 1. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf > Acesso em: 08 jan. 2015.

WÜNSCK FILHO, V. Perfil Epidemiológico dos Trabalhadores. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte v. 2, n. 2, p. 103-117, abr./jun. 2004. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0180.pdf>> Acesso em: 23 mai. 2012.



➤ **PRODUÇÃO DO ALUMÍNIO NA AMAZÔNIA BRASILEIRA: IMPACTOS NO AMBIENTE E NA SAÚDE DOS TRABALHADORES**

Laura Soares Martins Nogueira
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

O ALUMÍNIO NA AMAZÔNIA: PRODUÇÃO DE RIQUEZA E O CUSTO SOCIOAMBIENTAL

A chegada das indústrias minero-metalúrgicas na Amazônia trouxe para além do crescimento econômico, uma série de impactos ambientais e sociais gerando enclaves de modernização industrial, cercados por bolsões de miséria (SWITKES, 2005). De modo resumido, pode-se dizer que a cadeia produtiva do alumínio primário no estado do Pará na Amazônia brasileira abrange três estágios – no primeiro, o minério de bauxita é extraído, depois é refinado em óxido de alumínio, ou alumina, e finalmente é fundido em lingotes de alumínio, o que necessita fundamentalmente de eletricidade. Empresas realizam a extração da bauxita em diversos municípios que chega a refinaria para se transformar em alumina, que por sua vez, é transformada em alumínio primário em empresa do ramo da metalurgia, ambas localizadas no município de Barcarena (PA).

Essa cadeia produtiva apresenta um elevado potencial de agressão ao meio ambiente. Para Santos (2009) esse processo é capaz de produzir poluição a partir da emissão de material particulado, gases ácidos e vapores alcalinos. Na sua perspectiva é a poluição do ar o que mais afeta o meio ambiente e a saúde dos trabalhadores. Entretanto, tomando-se os dados do Projeto Brasil Sustentável e Democrático, Noronha (2004) adverte quanto aos riscos de degradação ambiental no processo de transformação da bauxita em alumínio, em que se pode verificar: a degradação do solo pela extração da bauxita a céu aberto e que precisa ser recuperado; a geração de toneladas de resíduos na extração que precisam de destinação adequada; a produção de lama vermelha resultante da produção da alumina, contendo óxidos de ferro, titânio e silicatos de sódio e alumínio que podem contaminar lençóis freáticos caso existam más condições de impermeabilização de tanques e lagoas para retenção da escória e; a já citada emissão de particulados e gases das plantas de refino que devem ser contidos por filtros e precipitadores eletrostáticos e

emissão de particulados de fluoretos, fluoretos gasosos e gases CO₂ e SO₂ resultantes da combustão de coque e piche.

Por sua vez, Switkes (2005), ao considerar a etapa da extração da bauxita, afirma que a mineração de minas abertas exerce efeitos sobre a fauna e flora locais e favorece a erosão do solo. Como a maior parte da bauxita é retirada em um cinturão que se estende por todos os trópicos, sua mineração é uma causa significativa da destruição da floresta tropical. As áreas tropicais onde o minério de bauxita é encontrado estão também entre os baluartes da biodiversidade da Terra. Apesar das promessas das indústrias, as florestas tropicais não podem ser restauradas à sua biodiversidade anterior após a suspensão das atividades de mineração.

Quanto à implantação de empresa para a extração de bauxita no município de Oriximiná (PA), o autor salienta que esta se estabeleceu em território ocupado por quilombolas provocando um desgaste extensivo do solo e promovendo a contaminação do Lago do Batata pelo descarte de toneladas de resíduos. O lago também sofreu com a sedimentação ocasionada pela ação da mineração.

O descarte dos resíduos do processo de mineração da bauxita, como a “lama vermelha”, tem um impacto ambiental significativo, posto que estes resíduos são altamente cáusticos. Geralmente a “lama vermelha” despejada em áreas já mineradas, traz o risco de penetrar no lençol freático e nos córregos, elevando o teor de sódio nos poços artesianos circundantes (SWITKES, 2005). Observa-se, desta feita, o impacto no meio ambiente e, por consequência, as populações tradicionais também são atingidas.

Quanto à etapa do processamento do alumínio primário, esta é considerada altamente poluente, resultando especificamente em emissões atmosféricas, resíduos do processo e outros resíduos da fase sólida. Nas emissões dos processos de redução do alumínio pode-se identificar: fluoreto de hidrogênio gasoso e fluoretos particulados, alumina, monóxido de carbono, elementos orgânicos voláteis, e dióxido de enxofre das células de redução; e fluoretos, elementos orgânicos vaporizados e dióxido de enxofre dos fornos de cozimento de ânodo. Este último, presente no coque utilizado para preparar os anodos é um importante poluidor da atmosfera, capaz de contribuir para a formação de neblina, chuvas e fumaças ácidas. Atinge, ainda, o organismo humano, pois irrita o trato respiratório e afeta as plantas provocando lesões agudas nas folhagens (SWITKES, 2005).

Switkes (2005) salienta que o descarte dos revestimentos gastos das cubas de fundição também se constitui em problema ambiental de enorme relevância. Os revestimentos de aço têm vida útil de três a oito anos, no processo produtivo absorvem materiais do eletrólito fundido e gradualmente são contaminados com fluoretos e cianeto. Seu volume é significativo, pois para cada 1.000 toneladas de alumínio são gastos 20 toneladas de revestimentos. Enquanto a indústria tenta encontrar formas para a sua reutilização, eles são armazenados em usinas como resíduos tóxicos.

Retomando a emissão de gases e particulados, Santos (2009), ao analisar o processo de produção da alumina/alumínio na Amazônia brasileira, identifica falhas de operação e manutenção nos sistemas de controle de poluentes, assim como também afirma inexistirem equipamentos e sistemas de controle de poluentes nas várias fases de produção da alumina e alumínio.

Com exceção das fontes de poluição desprovidas de controle, de modo geral, as indústrias de alumínio são dotadas de sistemas de controle que apresentam uma eficiência de 99% da retenção do material particulado. Entretanto, essa eficiência pontual da emissão primária não se reproduz quando se fala de emissões secundárias. Faz parte da tecnologia de controle da indústria do alumínio utilizar a própria alumina como fluido de adsorção para recuperação dos gases de fluoreto. Pequenos vazamentos dessa fração de material particulado inalável (alumina), adsorvida com gases tóxicos (fluoreto e compostos orgânicos) representam um efeito aditivo na ação tóxica, pois além da ação mecânica e irritativa das partículas inaláveis, ocorre um efeito tóxico e inflamatório da mucosa respiratória pela ação dos gases tóxicos, o que representa uma grande ameaça ao meio ambiente e à saúde do trabalhador (SANTOS, 2009).

Sabe-se que o grau de degradação do meio ambiente provocado pela produção do alumínio depende da legislação de cada país, do sistema de fiscalização existente e do esclarecimento da opinião pública. Ainda, de acordo com informações do Projeto Brasil Sustentável e Democrático, Noronha (2004) pontua que os custos com o controle de poluição aumentaram em torno de 25% os investimentos das empresas mineradoras nos países avançados onde a legislação, a fiscalização e a opinião pública são mais severas. Tal aspecto também contribuiu para a transferência das atividades da indústria do alumínio para países onde as restrições ambientais são mais brandas, como por exemplo, o Brasil.

No aspecto social, estratégias de modernização, como as enfrentadas no norte do Brasil, com o incentivo a instalação de complexos industriais principalmente no setor mineral, trouxeram consequentemente desapropriação de terras de populações tradicionais, fluxos migratórios e fluxo de capitais significativos, mudando a fisionomia da região. De acordo com Loureiro (2004), a questão da terra das populações tradicionais é marcada pela violência. O Estado incentivou a venda, o leilão, a transferência por aforamento das terras dos colonos, extratores, pescadores, índios, garimpeiros, sem o conhecimento ou mesmo o consentimento destas populações. Ações justificadas pelo discurso do “vazio demográfico” existente na região. Sem apoio institucional para legitimarem a posse e a permanência na terra, ou mesmo recebendo indenizações simbólicas, tais populações viveram a ruptura e a perda do local em que viviam.

As populações tradicionais com o tempo passaram a sentir o impacto dos grandes projetos. Pode-se destacar, por exemplo, a destruição da cobertura vegetal da área dos Parakanã (grupo indígena do Tocantins) com a inundação do lago resultante da Usina Hidrelétrica de Tucuruí (fornecedora de energia elétrica para a produção do alumínio primário) como refere Loureiro (2004). Da mesma feita, as mudanças ambientais sentidas e relatadas por pescadores artesanais a partir do funcionamento também da Usina em Tucuruí, afetando o comportamento de espécies de peixes com diminuição da produção. Por sua vez, famílias desapropriadas, migraram para municípios maiores e até mesmo para as capitais em busca de oportunidade de trabalho que muitas das vezes não se concretizou. Muitos foram convencidos de que a implantação dos projetos garantiria o emprego nas empresas que na região se instalavam o que também nem sempre ocorreu. Por outra via, com a chegada das empresas pode-se perceber o aumento da população, considerando o fluxo migratório fruto da dinamização das economias locais com a implantação das plantas industriais nos municípios sede e de seu entorno.

Coelho et al.. (2005) salientam que os municípios diretamente afetados geraram condições de vida melhores, exageradas pela presença de *company towns*,⁴⁷ em comparação com outros municípios da região. Ainda, não se pode ignorar que municípios que comportam as grandes empresas apresentam significativa vantagem financeira,

⁴⁷ Company town (cidade empresa) assumiria um caráter de franja urbana avançada, ou seja, formas urbanas que carregam, em termos relativos a outros espaços urbanos da Amazônia, uma densidade técnica que as diferencia do entorno local e do contexto regional, como definido por Becker (1990) citada por Trindade Junior; Rocha (2002).

resultante dos recursos gerados com *royalties* e taxas como Compensação Financeira pela Exploração de Recursos Minerais (CFEM)⁴⁸ e o Imposto sobre Circulação de Mercadorias e a Prestação de Serviços (ICMS), trazendo impactos favoráveis sobre as condições de renda e vida da população. Contudo, autores como Silva (1998) e Coelho et al. (2005) mostram que os impactos econômico e de melhoria de condições de vida não se estenderam a maioria dos municípios da região que se mantiveram à margem do crescimento econômico.

De outro modo, Trindade Júnior e Rocha (2002) ao se lançarem na investigação de uma nova geografia urbana que se instala em um município na região, a partir da instalação da “modernidade” advinda com o processo de industrialização e em especial a implantação das empresas da cadeia do alumínio, demonstram a falácia do discurso sobre o desenvolvimento, pois enorme discrepância pode ser observada entre o que foi planejado e o que foi executado em termos da estruturação urbana. Portanto, muito do que foi considerado no plano urbanístico não foi posto em prática, fundamentalmente por mudanças no mercado internacional da alumina e do alumínio, bem como pela não formação do distrito industrial no município estudado como previsto.

Como exemplo, pode-se verificar que no projeto resguardava-se a mixagem de todos os níveis de renda, buscando evitar a segregação das populações de baixa renda em favelas periféricas, alijadas do conjunto urbano e sua infraestrutura básica. Hoje, pode-se perceber a existência de setores diferenciados, tanto no interior do núcleo construído para residência dos trabalhadores, definidos pelo lugar que ocupam dentro das empresas, quanto no entorno, reafirmando o caráter excludente da *company town*. De outra feita, muito do que foi pensando no que diz respeito aos equipamentos urbanos e comunitários, associados à educação, lazer, saúde, transporte ou não se efetivaram em termos do que foi planejado, ou funcionaram por um tempo e depois se extinguiram.

A distância entre o que foi pensado e o que foi planejado indica uma concepção de cidade diretamente ligada aos interesses dos empreendimentos. Nessas cidades, o poder público foi chamado a exercer um papel extremamente ativo na produção do espaço urbano atendendo as necessidades das empresas hegemônicas, deixan-

⁴⁸ CFEM - é uma contraprestação pela utilização econômica dos recursos minerais em seus respectivos territórios, uma vez que, como está definido na Constituição Federal de 1988, o subsolo e os bens minerais em território brasileiro pertencem à União.

do aos demais agentes, apenas o residual dos investimentos dos orçamentos públicos. Conseqüentemente, bolsões de miséria se associam a esse cenário, constituindo o entorno dos municípios que sediaram os empreendimentos voltados à produção do alumínio, que passaram a conviver: com o aumento da população desempregada, a violência, a pouca oferta de serviços públicos, capazes de garantir à população o acesso aos serviços de saúde, a educação e segurança. O benfazejo desenvolvimento, alicerce do ideário favorável à implantação dos grandes projetos minero metalúrgicos na Amazônia brasileira não se concretizou quando se considera o impacto ambiental ocasionado e os problemas sociais resultantes de tais empreendimentos.

SEGURANÇA E SAÚDE DOS TRABALHADORES DA CADEIA DO ALUMÍNIO

Quando se analisa os impactos gerados pela implantação dos projetos minero-metalúrgicos na Amazônia brasileira, uma faceta da questão social tem sido relegada ao esquecimento. Trata-se da saúde dos trabalhadores das empresas instaladas. Não obstante à preocupação com a segurança e saúde no trabalho ser apontada como uma constante pelas empresas, que anunciam grandes investimentos e uma Gestão da Segurança e Saúde Ocupacional pautada pelos princípios da qualidade total, permitindo-lhes inúmeras certificações, premiações; os trabalhadores têm denunciado há quase duas décadas junto a instâncias de controle social e diversas instituições públicas, processos de adoecimento que associam à sua atividade de trabalho.

Faz-se importante considerar, como afirma Nogueira (2011), que na produção do alumínio primário no estado do Pará, a empresa estudada enfrentou processo de reestruturação produtiva que se por um lado implicou em melhorias tecnológicas e aumento da produção, por outro, fez diminuir os postos de trabalho, intensificando a terceirização no setor, alterando sensivelmente as condições e relações de trabalho. Assim, novos modelos de gestão da produção e da segurança e saúde ocupacional também se fizeram sentir. Saliente-se que tal cenário não é exclusivo dessa empresa, mas de outras que compõe a cadeia do alumínio no estado.

A escuta através de entrevistas realizadas com trabalhadores, familiares, representantes de trabalhadores, técnicos e gestores de empresa produtora de alumínio, bem como a análise documental de diversos textos como laudos médicos, Comunicações de Acidentes de

Trabalho (CAT'S)⁴⁹ de trabalhadores e diversos impressos e documentos elaborados pela empresa estudada permitiram a autora analisar as mudanças decorrentes da reestruturação produtiva e seu impacto na organização do trabalho. Os trabalhadores relataram que ao longo do tempo a redução no número de trabalhadores diretos gerou intensificação do trabalho, assim como, a cobrança por metas de produção originaram maior pressão exercida pelos gestores. Aspecto que atinge não só o modo como se faz a gestão da produção, mas como esta se relaciona a gestão da segurança e saúde dos trabalhadores.

Percebe-se a partir da fala dos empregados, uma discrepância entre o discurso sobre valorização da segurança apregoada pela empresa e a sua concretização no trabalho real. Muitas das vezes, as recomendações e normas de segurança são postas de lado pelos trabalhadores com a anuência velada de técnicos, gestores e próprios colegas de trabalho, para atender a demanda por produção. Assim, para além da possibilidade de adoecimento ocasionada pelos riscos físicos, químicos e ergonômicos (trabalho operacional que demanda esforço físico), presentes no processo produtivo do alumínio, a organização do trabalho nessas empresas é fator potencialmente adoecedor.

Quanto aos riscos físicos, químicos e ergonômicos, de acordo com a Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo, da Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1998), apesar de ainda se encontrar no campo especulativo a conexão entre o alumínio e a neurotoxicidade profissional; na cadeia produtiva do alumínio primário, as indústrias manufatureiras responsáveis por processos de fundição de metais expõe os trabalhadores a riscos específicos. Entre eles, os mais comuns são: lesões ocasionadas por derramamento ou salpicamento de metal fundido; explosões ocasionadas pelo contato do metal fundido com água; colisões de veículos que transportam materiais; quedas de materiais extremamente pesados; exposição a altas temperaturas devido aos fornos de metal em fusão; ruídos relacionados ao funcionamento do maquinário como ventiladores de descarga de gases e fornos elétricos de alta potência; contato direto com metais e outras substâncias na utilização de produtos químicos ao longo do processo.

Estudos realizados por Gomes (2002) e Nogueira (2011) em empresa de produção de alumínio no norte do Brasil, indicam que o calor

⁴⁹ CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho é um documento que permite ao Estado conhecer o número de acidentados em virtude do trabalho, assim como, facilita o acesso dos trabalhadores aos benefícios previdenciários no momento em que se encontram impossibilitados de trabalhar como consequência de acidente de trabalho.

é uma das principais queixas dos trabalhadores. Aqueles que realizam suas atividades no chão-de-fábrica, em especial na Redução, denominam seu local de trabalho como “inferno” devido às altas temperaturas (fornos funcionando a aproximadamente 960°C, aspecto que se alia às altas temperaturas externas, típicas das regiões tropicais). O esforço físico intenso é associado pelos trabalhadores com o trabalho manual e o campo magnético, resultante da corrente elétrica oriunda dos fornos que torna o manuseio dos instrumentos de metal mais difícil, pois funcionam como uma espécie de ímã. O que se explicita na fala do trabalhador:

O campo magnético também pra você apertar o barramento, afrouxar o barramento, uma chave cumprida, pesada, uma marreta que ela dava uns 20 kg para você bater a cunha ou tirar a cunha também, você entendeu? Era um trabalho que desgastava muito a gente, que você chegava na sua casa e só tinha vontade de só jogar assim, se jogar [...] você não tinha vontade de sair, ficar com a família, assim (ex-operador Carlos apud NOGUEIRA, 2011, f. 159)

Em que pese colocar no plano especulativo a relação entre produção de alumínio e neurotoxicidade profissional, alguns autores apresentam estudos sobre este tema (ESPANHA, 2001). Carbonell, Ramos e Machin (1995) realizaram uma análise exploratória sobre trabalhadores expostos ao alumínio na Central Eletronuclear de Juraguá, Cuba. Os resultados apontaram para concentração de pó de alumínio em níveis acima do permitido (maiores que 5mg/m³), quadros de alteração no aparelho respiratório e quadros de adoecimento dos trabalhadores com maior exposição (metalização), identificando-se, inclusive, um caso de pneumoconiose. Segundo Castro (2009), estudos de revisão realizados na Índia e nos Estados Unidos revelam múltiplos sintomas clínicos relacionados à exposição ao alumínio. Dentre outros, a intoxicação por alumínio produz sintomas neurológicos, tais como: tremores nas extremidades, perda de memória, ataxia e convulsões generalizadas semelhantes as que ocorrem em um quadro epiléptico.

Outros estudos buscam estabelecer a relação entre concentrações elevadas de alumínio no organismo e patologias como Alzheimer. Observa-se no texto de Ríó (2004) a proposição da forte correlação entre a enfermidade de Alzheimer e o alumínio. É possível encontrar, através de autópsias, depósitos de alumínio e silício nos cérebros de pessoas acometidas por essa doença. Sintomas de in-

toxicação por alumínio assemelham-se aos sintomas do Alzheimer, deste modo, destacam-se as alterações gastrointestinais, nervosismo extremo, dores de cabeça, anemia, alterações das funções hepáticas e renais, alterações de fala, déficits de memória, entre outros.

Na contramão das discussões acima, outros pesquisadores como Theodore Lidsky, do Instituto de Pesquisa Básica (IBR) de Nova York, negam a correlação entre alumínio e adoecimento, como o Mal de Alzheimer. Segundo o autor, a maior parte do alumínio ingerido diariamente é expelida pelo organismo que possui barreiras eficazes para impedir o acúmulo do metal no sangue. Assim, não existem evidências científicas de que o acúmulo de alumínio no organismo seja responsável pelo adoecimento por Alzheimer (ASSOCIAÇÃO, 2003).

Retomando Castro (2009), fala, no âmbito do sistema músculo-esquelético, da associação entre a desmineralização óssea e a exposição ao alumínio. Quanto ao sistema cardio-vascular, o autor refere que estudos indicam que o acúmulo de alumínio no coração pode associar-se a hipertrofia e arritmias cardíacas. No fígado, o aumento do alumínio pode ocasionar colestases e degeneração de células do fígado e que as atividades enzimáticas das transaminases e fosfatases podem aumentar com a intoxicação. Alterações no sistema endócrino também foram observadas.

Spinelli et al. (2006) realizaram estudo de coorte de caráter histórico, comparando trabalhadores que atuaram por três ou mais anos em uma planta de redução de alumínio e a população em geral de British Columbia no Canadá, no período entre 1954 e 1997. Os pesquisadores analisaram o risco para exposição cumulativa para compostos voláteis de alcatrão, benzoapireno₃₀ e materiais solúveis em benzeno. Observaram assim: um aumento do risco de câncer de bexiga em comparação com a população geral, no que tange à exposição aos compostos voláteis de alcatrão, corroborando estudos realizados em Quebec no Canadá, assim como na Noruega e na França; uma relação significativa entre exposição aos compostos voláteis de alcatrão e câncer de pulmão e de estômago, no caso deste último, avaliado pelos pesquisadores como a nova descoberta trazida pelo estudo, posto que no estudo original tal associação não foi verificada. Apesar de o estudo ocorrer em planta de redução do alumínio que utiliza tecnologia Soderberg, distinta da tecnologia utilizada nas empresas implantadas na Amazônia brasileira, ele aponta para o contato com substâncias que se associam a utilização de coque e piche na produção do alumínio primário.

Estudos como o realizado por Rengarajan et al. (2015) apontam para a associação entre a exposição a hidrocarbonetos aromáticos policíclicos (HAP) e patologias como o câncer. Apesar dos autores considerarem os níveis de exposição ao HAP como fatores importantes a ser considerar para análise de casos de intoxicação e do potencial cancerígeno, eles alertam para as diversas formas de exposição, tais como as emissões industriais, entre elas, as geradas na produção de alumínio primário. Ainda, referem o papel de grande importância das empresas no controle de emissões de gases como estratégia para o combate a poluição ambiental por (HAP).

No caso do anodo pré-cozido no processo de produção do alumínio primário, quando os materiais do catodo, especialmente os blocos de carbono, absorvem os componentes do banho eletrolítico, sofrem danos, ocorrendo à necessidade de serem trocados por novos. Os revestimentos danificados denominados de Revestimentos Gastos de Cubas (RGC) ou Spent Potliner (SPL) são classificados como resíduos perigosos por apresentarem elevadas concentrações de cianetos (LAZARINOS, 2007). Em referência aos acidentes típicos de trabalho, os operadores relataram queimaduras decorrentes do processo de fundição do alumínio, quedas de níveis e prensamento de mãos como aqueles mais recorrentes (NOGUEIRA, 2011).

Considerando o aspecto da organização do trabalho, o estudo realizado por Nogueira (2011), identifica a diminuição do número de trabalhadores diretos, o aumento do número de trabalhadores terceirizados, maiores exigências e responsabilidades assumidas pelos trabalhadores, maior cobrança e, portanto pressão por produção, que se associam aos quadros de adoecimento e acidentamento relatados pelos trabalhadores da indústria do alumínio.

Na produção do alumínio, o modelo de gestão empresarial está pautado na Gestão da Qualidade Total envolvendo todas as áreas da empresa e fundamentando-se em ações como autogerenciamento por parte do empregado, análises críticas de lideranças, auditorias, aprendizado organizacional, aperfeiçoamento dos padrões de trabalho e das práticas de gestão de forma contínua e inovadora. Desta feita, o modelo de Gestão em Segurança e Saúde Ocupacional nessa empresa passa a basear-se nos mesmos critérios da gestão de qualidade, merecendo destaque: a definição de responsabilidades por parte dos líderes (direção e gestores) que são responsáveis pela definição das diretrizes que emanam da alta direção; a análise dos processos que permite

identificar desvios e anomalias, configurados como todas as ações que fogem de normas e procedimentos padronizados; tecnologia, tomada como padrões de referência presentes no mercado e; pessoas, cruciais a consolidação do modelo de gestão em Segurança e Saúde Ocupacional, cujo comprometimento é buscado no incentivo a participação nos Círculos de Controle de Qualidade, os 5S e através de instrumentos de avaliação de desempenho que consideram o engajamento em prol da segurança e saúde no trabalho, capazes de garantir a motivação necessária pela Participação de Resultados no momento em que as metas são alcançadas ou superadas (NOGUEIRA, 2011).

Ao se analisar a atribuição de responsabilidades dos atores mais diretamente envolvidos com a gestão da segurança e saúde ocupacional, observa-se uma nítida distinção entre aqueles a quem cabe à definição de metas e objetivos, bem como a tomada de decisões estratégicas (direção, gestores e técnicos); aqueles que difundem conhecimentos e igualmente tomam decisões estratégicas e aos que cabem a implementação das estratégias definidas, onde então aparece o empregado e demais atores envolvidos.

Segundo Nogueira (2011), a proposta de gestão participativa, característica do modelo toyotista, está voltada para garantir o envolvimento do trabalhador e para a apropriação do seu conhecimento (saber tácito) em prol da produtividade e lucratividade. Revela-se, desta feita, como os princípios de Gestão pela Qualidade se expressam na Gestão da Segurança e Saúde dos Trabalhadores da empresa, encontrando-se na contra mão do que propõem as diretrizes do campo da Saúde do Trabalhador. Na produção do alumínio, o saber, a expertise, fruto do conhecimento cotidiano dos trabalhadores são utilizados de acordo com a conveniência da Gestão, muito mais voltada aos interesses da empresa, de modo que a participação dos trabalhadores está longe do poder decisório sobre aspectos atinentes a sua própria segurança e saúde no trabalho.

Na fala dos gestores e técnicos, a gestão é avaliada como modelo, haja vista seu reconhecimento através de certificações e premiações. No aspecto técnico-científico, é claramente norteadada pelo paradigma da Saúde Ocupacional. Assim, a Política de Gestão em SST enfatiza o controle dos riscos e como observado, quando este não é possível, volta-se para o controle do comportamento dos trabalhadores. A utilização de um conjunto de ferramentas de segurança assume caráter nitidamente normativo (NOGUEIRA, 2011).

Quanto ao controle sobre o comportamento dos trabalhadores, a autora afirma que este ocorre de modo muito mais sutil do que a mera exigência do cumprimento de ordens. Na empresa com características pós-fordistas, a manipulação da subjetividade dos trabalhadores permite o exercício de um controle indireto sobre a atuação dos indivíduos. Na gestão toyotista a captura da subjetividade do trabalhador, necessária à assimilação e cumprimento das regras organizacionais, se institui pelo discurso do comprometimento e engajamento de todos com a qualidade. Em última instância, segurança é o próprio trabalhador quem faz ao assimilar as normas e procedimentos prescritos, como afirmam gestores, técnicos e trabalhadores entrevistados.

Sem desconsiderar os avanços no âmbito da segurança alcançados pela empresa, diversas críticas à gestão em SST são tecidas pelos trabalhadores. Apesar do discurso sustentado pela cultura organizacional, de caráter valorativo, apontar para a “segurança em primeiro lugar”, o que ocorre de fato é uma Gestão da Segurança e Saúde Ocupacional submetida à Gestão da Produção.

Quanto ao adoecimento e acidentamento relacionado ao trabalho, este é assumido pela cultura organizacional da empresa como resultado dos comportamentos individuais dos trabalhadores. Para Neves (2009) trata-se de uma verdadeira ideologia de responsabilização. Portanto, os trabalhadores são culpabilizados quando ocorre um acidente de trabalho ou processo de adoecimento. Ao focar a análise do acidente de trabalho sobre o comportamento do trabalhador, a empresa desconsidera outras possíveis causas para sua ocorrência, por exemplo, más condições de equipamentos e maquinários ou mesmo a pressão por maior produtividade. Uma vez considerado o “erro” do trabalhador como causa do acidente, ele pode ser punido com advertência e em casos extremos com a demissão.

Nogueira (2011) salienta que a empresa nega a possibilidade de que seu processo de trabalho possa afetar a saúde e segurança dos trabalhadores, assim recusa-se, muitas das vezes, a preencher a Comunicação do Acidente de Trabalho - CAT, que é compulsória, contribuindo para que se desconheça a número de trabalhadores adoecidos pelo trabalho. Aspecto que se associa ao fato da empresa fornecer assistência à saúde através do Plano de Saúde Privado, cujo controle do contrato é feito pelo próprio médico do trabalho também coordenador do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional. Nesse sentido, o plano de saúde privado oferecido aos trabalhadores constitui-se

como mais um elemento que dificulta o registro. O atendimento realizado por hospitais, clínicas e médicos particulares padece de falta de fiscalização dos órgãos públicos em escala mais acentuada do que o serviço público. Indiferente à legislação, o espaço privado como propriedade privada torna-se, muitas vezes, inescrutável à ação pública.

Para melhor compreender esta questão parte-se do princípio de que o acidente de trabalho traz prejuízos para o trabalhador, a empresa, o governo e a sociedade. Sem dúvida, o trabalhador acidentado é a maior vítima, não só pelas lesões físicas decorrentes, mas por consequências psíquicas que podem se associar à discriminação enfrentada pelo afastamento do trabalho, a prejuízos na autoestima, ao medo do desemprego, ao desenvolvimento de patologias irreversíveis, a dificuldades de readaptar-se a uma nova função, entre outros aspectos. A empresa que tem seu trabalhador afastado, às vezes, por longos períodos, pode sofrer com a queda na produtividade e na motivação de seus empregados. O Estado, que através da previdência social arca com os custos do afastamento do trabalhador, a partir do custeio do benefício que lhe é devido, assim como, deve garantir sua reabilitação. A sociedade, por pagar impostos cada vez mais onerosos para sustentar o sistema, a desagregação familiar que pode ocorrer pelo acidente do trabalhador, trazendo em seu bojo um conjunto de mazelas sociais. Entretanto, ocorrido o acidente de trabalho, este expõe uma realidade que necessita ser mudada.

Os riscos à segurança e saúde do trabalhador escondem-se atrás da subnotificação do acidente de trabalho e tornam a empresa imune à ação do Estado e da sociedade, o que favorece a manutenção de condições e organização do trabalho agressivas ao trabalhador. Para além de diagnósticos ou registros confiáveis, os trabalhadores vivenciaram processos de acidentamento e adoecimento que se relacionam ao trabalho, cujo percurso trilhado na empresa suscita sentimentos de inutilidade e abandono.

Subjetivamente, o adoecimento aparece para o trabalhador como tragédia, pois interrompe a trajetória da vida profissional e pessoal. Comum às falas analisadas por Nogueira (2011) está o sofrimento associado à falta de reconhecimento pelo trabalho, especialmente após a constatação do adoecimento do trabalhador. Para além do sofrimento gerado pelo próprio estigma do adoecimento, o sofrimento resulta de uma relação com a organização do trabalho adoecedora, posto que ao adoecer é a dimensão do reconhecimento da empresa

pela dedicação e engajamento do trabalhador que está em jogo, colocando em xeque o ser trabalhador, aquele que pelo trabalho dedicou-se e sonhou com uma vida melhor.

Por sua vez, o afastamento de trabalhadores por invalidez denuncia um processo de trabalho degradante e por esse motivo, a empresa lança mão de estratégias, planos de demissão voluntária ou mesmo da demissão sumária, para descartar-se do trabalhador doente e, portanto não produtivo. Sob uma produção e um discurso que se guia pela lógica da qualidade, a empresa desqualifica o trabalhador doente, através de práticas em que a ausência de reconhecimento no trabalho se faz sentir, gerando sofrimento. O Estado, por sua vez, contribui para a omissão do acidente ao negar a concessão de benefícios acidentários pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Realidade identificada por Guinalz (2008) ao entrevistar 45 trabalhadores vítimas de doenças ocupacionais resultantes da atividade profissional exercida em uma empresa da cadeia produtiva do alumínio no estado do Pará.

O acidentamento/adoecimento do trabalhador macula a imagem da empresa e revela a fragilidade do seu discurso de “responsabilidade social”; traz ônus aos cofres do Estado que resultam em pagamento de benefícios e aposentadorias aos trabalhadores acidentados e adoecidos, expondo de forma patente à vulnerabilidade do trabalhador frente aos interesses da organização. Mais que tudo, lança luzes sobre o embate capital X trabalho presente no espaço da produção e no seio da sociedade, o qual revela a força de trabalho como mercadoria ou uma peça da engrenagem do processo produtivo, passível de reposição ao menor sinal de falha.

Apesar da necessidade de estudos mais específicos para analisar os riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos presentes nos processos produtivos das outras empresas que compõe a cadeia do alumínio no estado do Pará, os estudos já realizados na etapa da produção do alumínio primário revelam elementos importantes acerca da organização do trabalho, pois pode-se inferir que diversos elementos de análise são comuns as outras empresas da cadeia, já que trata-se da mesma lógica de gestão da produção, segurança e saúde para um conjunto de empresas da cadeia, que em sua maioria são pertencentes ao mesmo grupo empresarial.

A produção do alumínio na Amazônia revela um quadro de agressão do grande capital ao meio-ambiente, dilapidando os recur-

mentos naturais, promovendo conflitos sociais que penalizam as populações tradicionais e cujo modo de vida e produção é identificado como expressão da falta de desenvolvimento, atingindo ainda a saúde dos seus próprios trabalhadores.

SAÚDE DO TRABALHADOR, MOVIMENTO SINDICAL E A CONJUNTURA ATUAL

O campo de conhecimento nomeado de Saúde do Trabalhador tem embasado as políticas públicas no Brasil voltadas a saúde da população trabalhadora. Um dos seus pilares é o reconhecimento acerca do conhecimento e participação dos trabalhadores nos processos de saúde-doença e trabalho. Nessa perspectiva, os trabalhadores são entendidos como sujeitos que detêm um saber sobre o seu fazer, capazes da ação política na luta pela manutenção da sua vida e saúde. Assim ganha relevância as seguintes perguntas: Como os trabalhadores têm enfrentado o embate capital X trabalho? Como os sindicatos têm reagido às mudanças no mundo do trabalho e suas consequências no âmbito da saúde?

No bojo da reestruturação produtiva pela qual passaram as empresas da cadeia do alumínio na Amazônia brasileira, sendo uma das consequências o enfraquecimento da ação sindical. A ofensiva do capital na Amazônia encontrou instrumentos eficazes para impedir a organização dos trabalhadores. Inicialmente, como relata Santiago (2007), é a empresa de produção de alumínio primário que será palco das primeiras lutas do movimento operário por acordos coletivos e contra os programas de qualidade total, assim como, é ela quem enfrenta a primeira greve de trabalhadores contra uma grande empresa da região.

De outra feita, também é nessa empresa que o movimento operário será fortemente combatido na medida em que se impõe o violento processo de reestruturação produtiva. A redução de contingente direto de trabalhadores em quase 50%, o aumento notório de trabalhadores terceirizados, impacta negativamente no movimento sindical que não será capaz de responder aos desafios que se apresentam naquele momento. A ação sindical na região de Barcarena tem sido fragilizada no embate com as grandes empresas e existem sindicatos e gestões que ao longo dos anos foram cooptados pelos interesses destas, sindicalistas mais combativos sofreram ameaças e enfrentaram processos judiciais.

Nos momentos de maior combatividade, os sindicatos da cadeia produtiva do alumínio na região norte brasileira lutaram por reajustes salariais que acompanhassem minimamente a inflação galopante dos

anos 80 e 90 do século XX. Dentre suas conquistas o trabalho em turnos com jornada de trabalho mais digna foi uma das grandes vitórias por melhores condições de trabalho (SANTIAGO, 2007). Entretanto, o adoecimento e o pouco acolhimento aos trabalhadores adoecidos revela uma lacuna não preenchida pela ação sindical que favorecerá o surgimento da ONG ADRVDT/CPA. A ONG foi fundada em 2003 por ex-trabalhadores das empresas da cadeia produtiva do alumínio adoecidos pelo trabalho e nasce com o objetivo de lutar pelos direitos dos trabalhadores no que se refere à prevenção de doenças ocupacionais e relacionadas ao trabalho, bem como, para garantir a atenção aos adoecidos em decorrência de processos produtivos lesivos à saúde dos trabalhadores dessa cadeia produtiva.

Desta feita, frente aos desafios que se impõe ao movimento sindical no mundo contemporâneo, um novo olhar sobre a segurança e saúde dos trabalhadores se faz fundamental. As ações sindicais na luta pelo direito dos trabalhadores não pode ser omissa quanto à “velha/nova” forma de opressão que atinge os trabalhadores, para além das questões salariais, tirando-lhes a possibilidade do trabalho. Adoecidos, os trabalhadores na maioria das vezes ficam sem amparo das empresas que lhes sugam a saúde e tornam-se invisíveis as ações do Estado que lhes deveria garantir a proteção social.

Frente aos novos empreendimentos nos mais diversos segmentos produtivos de capital privado que continuam a se estabelecer na Amazônia, assim como, àqueles, fruto da ação do Estado; faz-se necessário considerar as peculiaridades da região amazônica, suas riquezas naturais e a cultura de seu povo, evitando a reprodução de modelos de desenvolvimento que geraram crescimento econômico e social em outras regiões do país ou mesmo em outros continentes, deixando um passivo ambiental e social para a população local. Como afirma Loureiro (2004) para Amazônia as concepções de desenvolvimento devem assumir caráter original. E este rico território e principalmente seu povo aguardam por uma nova história em que processos produtivos possam ser auto-sustentados e que o trabalho e bem-estar social alcancem a todos.

Por fim, a mais recente mudança no governo brasileiro marcada pela chegada de Michel Temer a Presidência da República em 2016, revela o Estado brasileiro mais afinado aos interesses do capital transnacional e as reivindicações da elite nacional. Como consequência já se observa retrocessos no âmbito do trabalho e da questão ambiental com a Reforma Tra-

balhista (Lei nº 13.467 de 13 de julho de 2017) e a proposta de alteração da legislação ambiental já aprovada pela Câmara de Deputados.

A Reforma Trabalhista anuncia um agravamento do processo de precarização do trabalho no Brasil com possíveis impactos no âmbito da segurança e saúde dos trabalhadores. Segundo o “Dossiê: Reforma Trabalhista”, as regulamentações acerca do trabalho temporário, terceirizado, jornada parcial, trabalho autônomo e o trabalho intermitente promovem os meios para que as empresas ajustem a demanda do trabalho à lógica empresarial, reduzindo aqueles custos que garantem estabilidade e segurança ao trabalhador, legalizam a desresponsabilização das empresas sobre os trabalhadores que contratam (GALVÃO et al., 2017).

Outro aspecto refere-se à flexibilização da jornada de trabalho: jornada in itinere, ampliação da compensação do banco de horas, redução do tempo computado como horas extras, extensão da jornada 12 por 36 para todos os setores de atividade, flexibilidade diária da jornada, redução do intervalo de almoço, entre outros aspectos apontam para jornadas maiores. Sabe-se que a ampliação e a intensificação do ritmo de trabalho tem forte relação com ao aumento do número de acidentes do trabalho e adoecimentos ocupacionais.

O quarto aspecto aponta para as alterações nas normas de segurança e saúde no trabalho. Ao imputar a mulher grávida o afastamento do trabalho por considera-lo prejudicial a sua saúde ou do feto mediante a apresentação de atestado médico no trabalho considerado de pouco ou médio risco, a legislação delega a trabalhadora o ônus da prova de que a atividade que desenvolve traz riscos, o que pode leva-la a desenvolver atividades em ambientes insalubres por medo de perder o emprego.

No contexto de maior precarização do trabalho, piores condições de segurança e saúde também podem ser esperadas relacionadas ao presenteísmo (adoecidos no local de trabalho com medo de referir o adoecimento por medo da discriminação e demissão), o que gera um maior sofrimento ao trabalhador e ainda dificuldades de estabelecimento do nexos causal entre o trabalho e o processo de adoecimento. Além da possibilidade do agravamento ou cronificação de patologias.

Em cenários instáveis economicamente, ao menor sinal de crise, os trabalhadores com vínculos precários ou poucos direitos garantidos perdem mais frequentemente seus postos de trabalho. No âmbito da saúde a maior rotatividade de trabalhadores e o desempenho de

diversas atividades em contextos distintos de trabalho trazem o empecilho de se identificar quais situações de trabalho se relacionam a determinado tipo de adoecimento, fragilizando ainda mais o trabalhador na busca por seus direitos.

Os sindicatos necessitam assumir uma postura reflexiva, buscando afinar-se com as demandas pela segurança e saúde dos trabalhadores, assim como pela luta à proteção ambiental. Articulados entre si, identificando problemas comuns e associados aos movimentos sociais cujas reivindicações se coadunem, os sindicatos podem se fortalecer politicamente para o enfrentamento dos interesses dos trabalhadores. No caso mais especificamente do estado do Pará essa é condição sine qua non dentre tantas outras para evitar a perpetuação da tragédia social e ambiental produzida no município de Barcarena, que tende a se repetir em vários outros municípios do estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário atual aponta para um aumento da exploração do trabalho no Brasil que trará diversas consequências, entre elas o agravamento do quadro já precário da segurança e saúde dos trabalhadores que mesmo o Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PLANSAT) e a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) não conseguiram mitigar.

Para os trabalhadores da cadeia do alumínio no estado do Pará pode-se pensar na aceleração do processo de terceirização que anteriormente já ocorria limitado as atividades como manutenção e limpeza e que agora tenderão a se ampliar para as diversas atividades desenvolvidas hoje pelos trabalhadores diretos das empresas com mais tempo de vínculo com as mesmas e, portanto maior experiência e que usufruem de melhores condições de trabalho. Fator que pode contribuir para a elevação do número de acidentes de trabalho gerados pelos trabalhadores com vínculos mais precários. Sabe-se que hoje no Brasil, são os trabalhadores terceirizados que mais se acidentam, pois enfrentam as piores condições de trabalho.

Da mesma forma, a precarização das relações de trabalho tornarão os trabalhadores mais vulneráveis à aceitação dos riscos presentes no processo produtivo das empresas pelo medo de perder o trabalho. O presenteísmo de trabalhadores adoecidos, também já percebido nessas empresas, tenderá a aumentar, pois as possibilidades de outros tipos

de contratação da mão-de-obra ameaçarão aqueles trabalhadores com formas de contrato em que há maior garantia de direitos. As mulheres que mesmo em menor número já compõe o quadro de trabalhadores do chão de fábrica tenderão, caso engravidem, a correr mais riscos com medo de perder o emprego o que consequentemente expõe a sua saúde e de seus filhos. Contexto que traz aos trabalhadores, sindicalistas e operadores da política de segurança e saúde do trabalhador o enorme desafio de encontrar estratégias de enfrentamento em um cenário tão adverso. Fato semelhante a ser enfrentado por todos aqueles que lutam por um meio ambiente saudável.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DO ALUMÍNIO. **Produção e Consumo de Alumínio no Brasil**. 2003. Disponível em: <<http://www.minalex.com.br/aluminio.html>>. Acesso em: 07 ago.2006.

CARBONELL, C. M.; RAMOS, O. D.; MACHIN, E. G. Estudio exploratorio en trabajadores expuestos a aluminio en la Central Electronuclear "Juraguá". **Revista Cubana de Higiene y Epidemiología**, Havana, v. 33, n. 1, 1995. Disponível em: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/hie/vol33_1_95/hie03195.htm>. Acesso em: 05 set. 2011.

CASTRO, H. A Saúde dos Trabalhadores da Cadeia Produtiva do Alumínio. In: ALMEIDA, R. (Org.). **Alumínio na Amazônia: saúde do trabalhador, meio ambiente e movimento social**. São Luís: Fórum Carajás, 2009. 154 p.

COELHO, M. C. N. et al.. Regiões do entorno dos projetos de extração e transformação mineral na Amazônia Oriental. **Novos Cadernos NAEA**, Belém, v. 8, n. 2, p. 73-107, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/53/58>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

ESPANHA. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Metalurgia y metalisteria. In: _____. **Enciclopédia de salud y seguridad en el trabajo**. Madri: MTAS, 2001. v. 3. cap. 82. Disponível em: <<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo3/82.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

GALVÃO, Andreia et al.. **Dossiê: reforma trabalhista: em construção**. Campinas: CESIT/IE/UNICAMP, 2017. Disponível em: <<http://www>>.

cesit.net.br/wp-content/uploads/2017/06/Dossie_FINAL.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

GOMES, V. L. B. Novas estratégias empresariais e repercussões nas condições de trabalho: reflexões sobre o caso Albras. In: COUTO, R. C.; CASTRO, E. R. de; MARIN, R. E. A. (Org.). **Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia**. Belém: NAEA, 2002. p. 260-289.

GUINALZ, J. P. O acesso à justiça na sociedade amazônica: os casos de adoecimento e demissão de trabalhadores da ALBRAS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ADVOCACIA PÚBLICA, 12., 2008, Campos do Jordão, SP. **Anais eletrônicos...** Campos do Jordão, SP: APRODAB, 2008. Disponível em: <<http://www.aprodab.org.br/eventos/congresso2008/teses/>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

LAZARINOS, J. G. C. **Tratamento de revestimentos gastos de cuba eletrolítica da indústria de alumínio**. 2007. 151 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Engenharia Metalúrgica)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=10023@1>. Acesso em: 30 set. 2011.

LOUREIRO, V. R. **Amazônia: estado, homem, natureza**. 2. ed. Belém: Cejup. 2004.

NEVES, E. M. **A Ponta do Iceberg: estudo sobre acidentes, “incidentes” e doenças de trabalhadores na indústria do alumínio em São Luís – Ma**. In: ALMEIDA, R. (Org.). **Alumínio na Amazônia: saúde do trabalhador, meio ambiente e movimento social**. São Luís: Fórum Carajás, 2009.

NOGUEIRA, L. S. M. **O sofrimento negado: trabalho, saúde/doença, prazer e sofrimento dos trabalhadores do alumínio do Pará – Brasil**. 2011. 291 f. Tese (Doutorado em Ciências, Desenvolvimento Socioambiental)–Universidade Federal do Pará, Belém, 2011. Disponível em: <<http://www.naea.ufpa.br/naea/novosite/tcc/175>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

NORONHA, S. **Como o Brasil Exporta Natureza: os impactos dos produtos eletrointensivos**. Rio de Janeiro: FASE, 2004.

RENGARAJAN, T. et al.. Exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons with special focus on cancer. **Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine**, Haikou, v. 5, n. 3, p. 182-189, 2015.

RÍO, H. E. S. del. El alumínio: su relación com la enfermedad de Alzheimer. **Terapia Bioquímica Nutricional**, Guadalajara, 2004. Disponível em: <<http://hector.solorzano.com.mx/046.html>>. Acesso em: 5 ago. 2006.

SANTIAGO, J. C. da S. **Trabalho e capital na Amazônia oriental**: movimento operário versus reestruturação produtiva no complexo Albrás-Alunorte: 1990-2005. 2007. 281 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais)–Universidade Federal do Pará, Belém, 2007. Disponível em: <http://repositorio.ufpa.br/jspui/bitstream/2011/5302/1/Dissertacao_TrabalhoCapitalAmazonia.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2018.

SANTOS, E. L. Cadeia Produtiva do Alumínio: processo industrial e fontes de poluição. In: ALMEIDA, R. (Org.). **Alumínio na Amazônia**: saúde do trabalhador, meio ambiente e movimento social. São Luís: Fórum Carajás, 2009.

SILVA, M. A. R. Royalties da mineração: instrumento de promoção do desenvolvimento sustentável de regiões mineradoras na Amazônia Oriental? **Novos Cadernos NAEA**, Belém, v. 1, n. 2, 1998. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/15/12>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

SPINELLI, J. J. et al.. Cancer risk in aluminum reduction plant workers (Canada). **Cancer Causes Control**, Oxford, v. 17, n. 7, p. 939-948, sep. 2006.

SWITKES, G. R. **Impactos ambientais e sociais da cadeia produtiva de alumínio na Amazônia**: ferramentas para os trabalhadores, as comunidades e os ativistas. Berkeley: International Rivers, 2005. Disponível em: <https://www.internationalrivers.org/sites/default/files/attached-files/foiling2005_po.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2018.

TRINDADE JÚNIOR, S. C. C. da; ROCHA, G. de M. (Org.). **Cidade e empresa na Amazônia**: gestão do território e desenvolvimento local. Belém: Paka-Tatu, 2002.



➤ **“EU TENHO MEDO É DOS VIVOS”: ANÁLISE PSICODINÂMICA DO TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DA MEDICINA LEGAL**

Renata Sabrina Maciel Lobato Louzada
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Laura Soares Martins Nogueira

INTRODUÇÃO

O presente artigo abordará as questões envolvidas na saúde mental dos profissionais da medicina legal cujo trabalho abrange o lidar cotidianamente com morte violenta no desenvolvimento de um ofício que se realiza na sala de necrópsia. Para isto, fez-se necessário percorrer um caminho repleto de estigmas e pontuado por um tabu, a morte. Esta, ainda que seja invariavelmente a maior, e talvez única certeza humana, habita um silêncio que também se encontra circunscrito no mundo do trabalho, pois, ainda que se trate de temas amplos e de suma importância para o ser humano, morte e trabalho, interligados, têm sido ainda pouco explorados em pesquisas a respeito da saúde do trabalhador. Aqui, o apelo criterioso da pesquisa inclui no estudo aqueles que Lessa (1995) denomina de “trabalhadores da morte” (pessoas que lidam diretamente com a morte humana – legistas, coveiros, entre outros).

Além da escassez de estudos sobre o tema, outro ponto importante são as peculiaridades que delineiam uma pesquisa voltada sobre quem tem a morte como ofício. Existem algumas profissões, segundo Barros e Silva (2004), que carregam o estigma de serem pouco valorizadas, tais como catadores de papel, trabalhadores de cemitérios e funerárias e similares e preparadores de anatomia. Isso ocorre devido ao imaginário popular de geralmente associar a repulsa da tarefa com quem a realiza. Os empregos ligados à morte e cadáver são marcados, então, pelo aspecto de repugnância e invisibilidades imbricadas aos sujeitos que se inserem nesse fazer, o que pode levar a impressão, no trabalhador, de uma identificação em si do conteúdo insalubre da tarefa que executa.

Com esse artigo, ao trazer o resultado de uma pesquisa realizada com um segmento de trabalho tão estigmatizado, pretende-se contribuir para mostrar um mundo de trabalho ainda pouco conhecido, cujos trabalhadores, por vezes são tratados como invisíveis, embora

de suma importância para a sociedade, além de contribuir com os estudos existentes e fornecer a oportunidade de desconstrução de um ofício cercado pelo rótulo da rejeição.

HISTÓRIA DA MEDICINA LEGAL

Os estudos de medicina legal remetem à Antiguidade. O primeiro Código Penal conhecido foi o Código de Hammurabi, Babilônia, no século XVIII A.C., o qual já continha o estabelecimento da relação entre a medicina e o paciente, com a exposição de eventos ocorridos durante o tratamento. Depois veio o Código de Manú, na Índia, século VII A.C., que, em seu capítulo VII, estabelece o exame pericial para pesquisar alguns crimes, como sexuais e abortos (ALDÉ, 2003).

A Medicina Legal ou Forense, termo que se origina da palavra latina *forensis* e significa “do Fórum” (HUSS, 2011, p.23), caracteriza-se enquanto especialidade médica científica voltada para a utilização de conhecimentos, técnico, paramédico, biológicos e não biológicos, para subsidiar a prática jurídica, com a elaboração de esclarecimentos específicos para tentar diagnosticar, com precisão, fatos que dizem respeito à vida e a morte, com intuito de desvendar situações que auxiliem o trabalho da Polícia e Justiça (CAMPOS, 2000; COSTA FILHO, 2012). A partir da institucionalização da especialidade, a medicina legal passou a ter maior repercussão, principalmente na França, no século XIX, com a disseminação das primeiras cátedras voltadas para o seu ensino científico, por meio do aperfeiçoamento da técnica de dissecação de cadáveres, embora, tal realidade já se configurasse desde o século XVIII, em Viena, segundo Foucault (2006).

No Brasil, a primeira publicação de medicina legal ocorreu em 1814: “Impugnação Analítica ao Exame Feito pelos Clínicos Antônio Pedro de Souza e Manuel Quintão da Silva” (escrito pelo médico Gonçalves Gomide). Entretanto, o ensino oficial dessa especialidade no país ocorreu apenas em 1832, sob influência da escola francesa de medicina (ALDÉ, 2003). Em 1830, com o estabelecimento do Código Penal é que a presença do perito passa a embasar as sentenças em julgamentos em casos de violência (CAMPOS, 2000).

A regulamentação do processo penal, em 1832, cria a perícia profissional e estabelece as regras para execução dos exames de corpo de delito⁵⁰ e, no mesmo ano, D. João VI, por decreto, transforma as antigas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia em

Faculdades de Medicina oficiais, com cadeiras de medicina legal. Tal fato abriu espaço para as primeiras pesquisas da área em território nacional (FRANÇA, 2004; PESCAROLO, 2007).

A medicina legal no Brasil sofreu grande influência da escola francesa e, com menor força, da Alemanha e Itália, embora tenha se desenvolvido de maneira mais tardia em relação à Europa. Na área da tanatologia, a primeira publicação a respeito deste exame ocorreu em 21 de setembro de 1835 e descrevia a necrópsia do Regente João Bráulio Moniz, realizada por Hércules Otávio Muzzi, cirurgião da família imperial (COELHO, 2011).

A nacionalização dessa ciência teve seu ápice com Raymundo Nina Rodrigues (1862-1906), o maior professor brasileiro de medicina legal do século XIX, que procurou especificar a atuação da perícia no Brasil. Sua posição amplamente nacionalista apontava a necessidade de diferenciar a prática em território brasileiro das estrangeiras (COELHO, 2011, p. 361). Nina Rodrigues, que foi professor de medicina legal da Faculdade da Bahia, tornou-se um dos primeiros pesquisadores dos estudos que associavam a criminalidade com elementos étnicos e sociais no país (CAMPOS, 2000; PESCAROLO, 2007). Assim, nessa configuração, “a tutela do criminoso passou a ser disputada pela Justiça e pela Medicina”, também em território brasileiro (AUGUSTO; ORTEGA, 2011, p. 221).

TRABALHAR COM MORTE

Na atualidade, muitos são os desígnios para nomear o natural que se quer esquecer: “falecer, descansar, passar desta pra melhor”, entre outros, como expressões de eufemismo a um termo cuja realidade abrange a todos, mas a consciência, em geral, remete a sentimentos de dor e sofrimento (LEIS, 2003, p. 340). A sociedade contemporânea, de acordo com Pavão (2002), busca interditar e silenciar a morte. Ariès (2012), em sua obra “A História da Morte no Ocidente”, mostra o desdobrar da relação do homem com o óbito, desde a Idade Média até o século XX. Nesse trabalho, é possível perceber que, na Idade Média, havia um sentido mais profundo e de familiaridade com a morte. Os moribundos eram cuidados nos lares e o contínuo

⁵⁰ “Embora não haja definição no Código de Processo Penal do que venha a ser CORPO DE DELITO os tratadistas conceituam como os elementos materiais decorrentes da infração penal, ou seja, o conjunto dos vestígios materiais deixados pela prática do ato delituoso que pode ser evidenciada através dos sentidos” (CAMPOS, 2000, p.24).

de guerras fazia coexistir uma relação pacífica entre vivos e mortos, pois a morte, se não assustava, chegava a comover e a ser vista como passagem para outro lugar, que poderia até ser melhor.

O desenvolvimento das cidades e da medicina possibilitou às pessoas novas formas de manutenção da vida pelo estabelecimento de cura para o que anteriormente era fatal e pela tomada de consciência de cada um a respeito do seu próprio fim. Nesse aspecto, a sociedade avança e coloca em substituição o que antes era comum, levando a morte para os bastidores no âmbito social e a sinalizando enquanto interdito maior, no lugar a sexualidade (ARIÈS, 2012).

A teoria da preparação do profissional da saúde para lidar com a morte abre espaços para a discussão de como um vínculo tênue de ciência procura despojar um tabu e sobre ele exercer o seu fazer. Na prática do legista, o ofício ganha ainda outro recorte, uma vez que a sua atuação repousa na finitude e mostra o recorte do limite do êxito de uma profissão, que, em geral, procura superar a existência, mas cuja conformidade na mesa de necrópsia, a cada novo trabalho confirma, não só a rejeição à morte, mas os limites da vida.

Tais limites, indistintamente aplicados perante a morte de cada ser humano, trazem à alçada profissional um sucesso que, no letal, não necessariamente se faria acompanhar, de maneira mais abrangente, pelo reconhecimento. A configuração acima apresentada procura através de uma explicação científica, com a busca pelo “domínio teórico da realidade”, racionalizar o místico, embora em se tratando da morte, essa tarefa seja insuficiente para responder as perguntas que a circundam, a curiosidade que a envolve, as dúvidas sobre um porvir e a vontade de encontrar um sentido para a existência ou até mesmo realizar o até então irrealizável: O desejo de “alcançar a vida eterna” (PESCAROLO, 2007. p. 21). Tal vivência não é fácil e nem é para qualquer pessoa (CAVEDON; AMADOR, 2012).

A PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A Psicodinâmica do Trabalho, teoria criada por Christophe Dejours, na década de 1980, procura caracterizar a organização do trabalho enquanto fonte de desgaste e sofrimento, com destaque para os processos criativos que mobilizam o sujeito a resistir diante das dificuldades oriundas no real do trabalho, e também de prazer. A PDT, em uma perspectiva que relaciona trabalho e saúde mental, apoia sua teoria do

sujeito em uma interlocução com a psicanálise, dentre outros campos do conhecimento, e assim o inscreve como principal responsável por suas ações, pensamentos e processos de transformação da subjetividade e do mundo. Assim, a maneira pela qual o corpo vivencia a sua experiência de contato com o mundo, isto é, sua afetividade, é o que oferece suporte para a constituição do sujeito. São os processos de subjetivação, maneira de romper com o instituído e “verdades instauradas”, que fornecem a potência capaz de mobilizar o sujeito a resistir e transformar a sua realidade e a si mesmo, em uma articulação direta com o seu contato com o real do trabalho (FERREIRA, 2013).

As indagações que sustentam a PDT procuram investigar o sofrimento psíquico do sujeito na sua relação com o trabalho, levando em conta, principalmente, os processos defensivos, individuais e coletivos, que os trabalhadores utilizam para transformar, de maneira criativa, sua relação com a organização do trabalho. Seu método propagava a escuta do sofrimento do trabalhador em espaços de discussão em grupo (MARTINS, 2009).

Tal teoria mostra uma dicotomia presente em toda relação de trabalho: O prazer - sofrimento. Assim, amparado em uma perspectiva interdisciplinar, Dejours caracteriza o trabalho enquanto o hiato que existe entre o prescrito pela organização e o impacto com a realidade, que mobiliza as defesas dos trabalhadores na busca pela manutenção do equilíbrio da normalidade e fuga do sofrimento, algo sempre em constante movimento (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2010).

METODOLOGIA DA PESQUISA

A abordagem metodológica utilizada para nortear os caminhos da investigação apresentada neste artigo insere-se no referencial da pesquisa qualitativa. Esta diz respeito a uma investigação da realidade que leva em conta aspectos da subjetividade vivida pelo sujeito dentro da sua realidade e que não pode ser quantificada, visto que busca profundidade dos laços e ações humanas (MINAYO, 2002). Participaram deste estudo sete profissionais que trabalham direta ou indiretamente nas atividades da medicina legal que envolvem a necrópsia no IML. Foram esses os entrevistados: 2 peritos médicos legistas (PL1 e PL2), 1 perito da odontologia legal e antropologia forense (PO), 2 auxiliares de perícia – (técnico em radiologia e técnico em enfermagem(AP1 E AP2), 1 assistente administrativo e 1 auxiliar de serviços gerais (AS/AA1 e AS/AA2).

O critério de inclusão dos sujeitos neste estudo foi estabelecido com a participação de, pelo menos, um funcionário de cada tarefa desenvolvida na necrópsia, dentro do IML, direta ou indiretamente, que estivesse trabalhando durante o período da coleta de dados, e que consentisse em participar da pesquisa. Na caracterização da amostra, com relação ao gênero, todos eram do sexo masculino, com faixa etária que varia entre 38 a 65 anos e nível de escolaridade superior (os peritos) e, os demais funcionários compõem formação que vai desde o ensino fundamental até o nível superior. A coleta dos dados foi obtida por meio da técnica da entrevista semiestruturadas gravadas (quando autorizadas pelos participantes), mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, observação das atividades dos trabalhadores e materiais obtidos em conversas informais e anotações em diário de campo.

Por último, foi realizada a análise dos dados coletados, com base na transcrição integral e literal do material obtido, e dentro dos preceitos que norteiam a psicodinâmica do trabalho, levando em conta a fala dos trabalhadores para, dessa maneira, procurar analisar a relação entre o prazer, o sofrimento e a organização do trabalho. A base foi a escuta e a interpretação da fala do trabalhador, bem como as peculiaridades observadas pela pesquisadora em campo. Aqui, foi importante a questão da sensibilidade ao tratar de temas delicados como a relação dos trabalhadores com os colegas de trabalho e com a instituição, com uma escuta livre, autêntica, de aproximação com o sujeito na busca pela compreensão dos conteúdos latentes e relevantes ao processo de saúde-adoecimento.

AS CONDIÇÕES DE TRABALHO

As pesquisas sobre o trabalho em IML ressaltam o caráter das condições físicas insalubres e inadequadas como parte constante das descrições das salas de necrópsia (ALDÉ, 2003; BARROS; SILVA, 2004; PESCAROLO, 2007; VIVIAN et al., 2013). No IML em questão essa realidade não foi diferente. Fonte de descontentamento, tal ambiente imprime a marca da dureza do trabalho real em sua estrutura, carente e inadequada, acrescentando a um trabalho difícil ainda mais precariedade.

O descontentamento com esse espaço tem lugar marcante na fala dos trabalhadores. O odor característico ultrapassa as paredes da sala de necrópsia e se espalha por todo ambiente do prédio o que, dependendo do tipo de cadáver, em decomposição, por exemplo, pode assumir as vias do suplício e da impossibilidade de realizar suas atividades

(ou tentar) com o cheiro exalando no ar. Esse desconforto marcante e a insatisfação deixam entrever, também, que parte dessa configuração poderia ser solucionada com medidas simples, com os exaustores (aparelho que remove mau cheiro de recintos fechados) funcionando. Segundo um auxiliar de perícia “Têm três. Só um funciona. Dois não funcionam” (AP2), que o torna insuficiente para dar conta do trabalho.

A fragilidade das acomodações recebe até de alguns funcionários entrevistados, amplos conhecedores das dificuldades de trabalho, sugestões simples para solucionar os problemas, desafios que com uma boa gestão poderiam ser superados. No entanto, investir recursos na melhoria efetiva das condições de trabalho se torna uma reivindicação:

Olha, no nosso caso é órgão público, né? A gente tem na [...] um setor que tem essa parte que mexe com segurança no trabalho só que, com seis anos que eu to aqui nunca vi eles virem fazer uma análise de risco, fazer um levantamento do órgão tendo que questões de melhorias na parte e segurança e nem o órgão também tem um profissional da área de segurança o que é uma falha, né? Não porque é um órgão de [...]. Vários têm e o [...] é uma falha muito grande porque é um órgão [...] em vários hospitais do estado tem técnico de segurança e o [...]. Não é diferente de um hospital. Você tem a parte de legista que mexe em corpos então deveria ter um técnico de segurança e não tem (AS/AA2).

A falta de profissionais técnicos em segurança do trabalho, bem como de médicos do trabalho, é outro ponto de negligência que ressalta a contrariedade dos funcionários e o não cumprimento da própria prescrição legal para realização da tarefa, ao mesmo tempo em que toca no ponto da comodidade.

Muitos funcionários não deveriam ter contato, no caso, eu não deveria tá trabalhando aqui né? Na parte administrativa até porque eu não ganho insalubridade, eu não deveria tá tendo esse contato direto, o que é uma falha. [...] A gente não tem sindicato. Tem o sindicato do [...]. Uma coisa aí que gente paga e que eu não sei nem onde fica. E o órgão tem, mas são dos peritos, da área meio a gente não participa. A gente é meio largado, a área meio (AS/AA2).

Aldé (2003) já enfatizava o caráter conformado dos trabalhadores do IML com sua realidade e o sentimento de impotência para efetivar mudanças. É como se o trabalhar fosse uma extensão da própria morte, isto é, uma situação em nada se pode fazer a não ser aceitar. Discurso

esse que tolhe autonomias de ações e marca, pela singularidade das divisões até o completo isolamento, as forças daqueles que deveriam lutar, mas não sabem sequer por onde começar. Assim, o discurso conformista fomenta uma caminhada rumo à alienação do trabalhador. Não havendo consciência de sua própria vulnerabilidade, a emancipação e mudanças ficam cada vez mais distantes. A condição descrita isola seus funcionários em ambientes que falam da precariedade e abandono. Isso poderia ser fonte de descontentamento e ressaltar questões que afetam a saúde física e mental desse trabalhador.

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

A hierarquia presente nas relações de trabalho divide e incita o distanciamento entre os trabalhadores. Através das falas das entrevistas, foi possível verificar uma aproximação maior entre as categorias funcionais de acordo com o cargo ou em uma espécie de “aproximação por escolaridade”, na qual os peritos são mais próximos de médicos e os auxiliares de assistentes, por exemplo.

É difícil a gente ter problema entre médico, a gente inclusive, as outras profissões até se aborrecem porque a gente é muito junto, nós médicos, é o tal do corporativismo, então a gente não tem problema, um ou outro problema a gente tem, mas a gente consegue sanar com conversa. A gente não tem esse problema em medicina (PL1).

Todo tempo tem que manter limpa porque até às vezes pode ser que um diretor venha aí na sala dá uma olhada ou falar com alguém aí encontra ali e pronto, aí o negócio vai pegar, aí vão lá com meu encarregado, aí “olha, fui lá falar com tal, tal, tal, e cheguei lá e a sala toda suja, e aí?” (risos) aí vão me chamar, porque que tá acontecendo isso [...]. Aí eu tenho que tá com a sala tempo todo limpa. Limpinha mesmo. De vez em quando ele vem olhar aí, “como é que tá, como é que não tá” (AS/AA1).

Algo que contribui para esse distanciamento pode ser observado pela existência de vários tipos de vínculo profissionais com a instituição. Uma das maiores reclamações tem a ver com a figura do funcionário contratado. A ausência de vínculo por concurso, o que configuraria uma maior estabilidade ao trabalhador, estabelece o enfraquecimento das categorias na hora de reivindicar melhorias. No IML deste estudo foram realizados apenas dois concursos públicos em toda a sua existência, entretanto ofereceram um número insuficiente

de vagas para suprir a necessidade de funcionários, principalmente da área meio. A prática de contrato estabelece um silêncio permeado pelo medo de demissão e estimulado pela política de apadrinhamento de cargos, o que mina a confiança entre os colegas e incentiva a perpetuação do desinteresse em acabar com essa prática.

Os trabalhadores apontam que a gestão é quem decide quais os funcionários que irão ocupar os cargos da instituição e reiteram a falta de espaço para reclamar sobre a alta rotatividade de trabalhadores, o que prejudicaria o andamento do trabalho. Mais uma vez, a formação dos coletivos fica comprometida pela falta de vínculo que os contratos permeiam. Os entrevistados apontam, inclusive, que, aqueles que reclamam são criticados pelos colegas e acabam tornando-se uma voz isolada.

Nós não temos (batendo na mesa) mesmo uma chefia, alguém que brigue pelas nossas causas, que observe a gente, que se preocupe com o nosso trabalho, com o tipo de trabalho, o que tá faltando, tá deixando, o que precisa melhorar, nós não temos uma pessoa que faça isso pela gente. O mais brigão aqui sou eu. Eu já tô ficando mal visto por causa disso. É porque sabe aquela coisa que “ah, tu tem que fazer o que o chefe manda e tal, tu vai fazer.” Não, eu faço o que é preciso fazer. Ele pode ser o que for, pode ser até Deus, se eu tiver na minha razão eu reclamo pra ele [...]. Pouco eles dão ouvidos pra gente (AP2).

SOFRIMENTO DE LIDAR COM A MORTE E CADÁVER

No trabalho que envolve situações de morte violenta é muito difícil falar sobre “estar preparado” e, tampouco se identificar com o que é observado. As situações cotidianas desenham o impacto da diversidade e das adversidades vivenciadas. Esse relacionamento é que vai auxiliar a formação do trabalhador no constante desafio de lidar com a finitude em todas as suas brutais e maneiras a fim de capacitar uma reinvenção, ou não, de resistir á dureza do real, fomentada a cada novo arranjo e corpos (CAVEDON; AMADOR, 2012).

Os relatos reiteram o que a literatura aponta (ALDÉ, 2003; PESCAROLO, 2007): o primeiro contato é sempre o mais difícil e marcante, isto porque, dependendo do estado em que se encontre o cadáver, pode haver uma maior identificação com aquelas pessoas ou ainda, os rastros da morte, podem gerar impactos aos sentidos ainda não acostumados com a visão de um cadáver putrefeito, por exemplo. En-

tretanto, aos poucos, é como se o decorrer do trabalho, o trabalhador criasse uma defesa que os afasta para não sofrer.

A primeira necrópsia de verdade que eu fui fazer eu fiz um putrefeito que é a pior necrópsia que um médico-legista tem é o putrefeito né? Pelo, por Vários motivos, mas principalmente pelo odor, pelo estado em que se encontra o cadáver totalmente deformado, então eu senti um impacto muito grande, naquele momento eu pensei até em desistir, mas depois a gente vai se acostumando, todo dia tem e aí acabou que já ficou na rotina [...]. Mas, a primeira vez realmente, o primeiro que eu fiz sozinho, que eu assumi. Aí Foi um impacto muito grande. Chega, eu perguntei “meu Deus, será todo tempo esse tipo de cadáver? Era até um caso de um homem afogado, tava horrível, mas depois dali do primeiro choque foi tranquilo. Passado esse a gente já nem sente mais o cheiro do podre. Acostuma (PL1).

O discurso traz essa força, forma de proteção, contudo, em alguns casos, principalmente quando se trata de cadáveres de criança, é quase impossível o trabalhador não se abater e identificar com o que encontra. Os trabalhadores da necrópsia apontam o seu sofrimento diante da morte de crianças. Algo que nem o tempo de serviço consegue amenizar. As pesquisas sobre os trabalhadores da morte enfatizam essa ideia: a violência contra criança, na maioria das vezes, mobiliza o trabalhador (ALDÉ, 2002; CAVEDON, 2009, 2011; CAVEDON; AMADOR, 2012; KHOLER, 2007; PAVÃO, 2002; PESCAROLO, 2007). Entretanto, nos casos nos quais se trata do cadáver de um criminoso, o olhar sobre a morte desse sujeito, por parte dos trabalhadores, seria encarada como uma forma de punição pela sua vida errante, o salário da sua última prestação de contas. Assim, na situação de trabalho, os profissionais, algumas vezes, poderiam agir como juizes indiretos sobre o comportamento de quem mereceu ou não terminar como um cadáver do IML (ALDÉ, 2003, CAVEDON, 2011). Por outro lado, as crianças, como puras, não mereceriam terminar em uma mesa de autópsia. Quando isso ocorre o pesar alcança os trabalhadores, independente do tipo de tarefa que realizam e do seu tempo de serviço.

O CONTATO COM OS FAMILIARES DO MORTO E A QUESTÃO DO PRECONCEITO

A relação com os familiares que perderam alguém é permeada pelo misto de um sentimento de solidariedade e insegurança (CAVEDON, 2011). Existe muita pressão pela celeridade do serviço e a

própria configuração burocrática da atividade não permite que isso ocorra, o que gera muitos conflitos e sofrimento entre trabalhadores e usuários (CAVEDON; AMADOR, 2012; KHOLER, 2009).

É ruim. É ruim porque geralmente é [...]. Geralmente o familiar tá, tá debilitado, né? Sofrendo com a perda aí acaba chorando, se desesperando ali naquele momento, querendo chorar, querendo cair no chão, não sei várias formas aí eu fico de mãos atadas eu não posso fazer nada, não tem como ajudar aquela pessoa, não tem um banquinho ali reservado pra dizer “sente aqui, tome um copo de água, fique aqui pegando um vento” (AP2).

Em Barros e Silva (2004) temos que essa tarefa de reconhecimento do cadáver, inevitável, pode ser um motivo gerador de grande ansiedade nos trabalhadores e que existe uma regra introjetada de não ultrapassar a fronteira de distância com os usuários como forma de amenizar esse envolvimento e o sofrer. Kohler (2009) descreve como fragmentado e desvalorizado o trabalho do IML, capaz de proporcionar um desgaste psíquico pelo constante contato com a morte e o sofrimento. Aqui, o lidar diretamente com um objeto “anormal”, “um perigo”, “um ser impuro”, conforme nomeia Aldé (2003, p. 53), funciona como a marca que contamina o trabalhador com o mesmo teor de impureza dos cadáveres que são seu objeto de trabalho.

Molinier (2013, p. 146) explana que a aproximação com aquilo que é usualmente mantido a distância é percebida no imaginário como suscetível a contaminar. Por mais indispensáveis que sejam os trabalhos realizados, impõe o ultrapasse de limite com o indesejado. Ainda que o risco de contaminação seja efetivo, a “assimilação fantasmagórica” do trabalho sujo vai além, uma vez que as tarefas que implicam contato com cadáveres dimensionam o tabu e, por remeter ao desagradável, são depreciadas e condenadas pela população. Para Barros e Silva (2004) e Kohler (2009) isso gera um desgaste e uma dificuldade de relacionamentos que vai além dos muros do IML e delinham o comportamento do trabalhador que chega até mesmo a esconder o seu trabalho.

MECANISMOS DE DEFESA

Na teoria da PDT o conceito de mecanismo de defesa, baseado na psicanálise, faz referência ao recurso de que se utilizam os trabalhadores na tentativa de enfrentar o sofrimento no trabalho. Seu papel é proteger o ego contra o sofrimento. No momento em que existe um perigo

iminente à saúde psíquica dos sujeitos, entram em prática tais operações inconscientes. “Os mecanismos de defesa são mobilizados pelos indivíduos no contexto organizacional” (CANÇADO; ANNA, 2013, p. 252).

Gernet (2010) difere as estratégias defensivas dos mecanismos de defesa ao destacar que as primeiras são construídas e mantidas coletivamente com o objetivo de proteção contra o sofrimento oriundo dos constrangimentos no trabalho, elaboradas para atenuar tal percepção e assim, dar continuidade ao trabalho, enquanto que os segundos funcionam como atenuantes da percepção do sofrimento originado no trabalho, de maneira a afastar a doença mental e proteger o ego e suportar a angústia. Assim, os mecanismos de defesa, na perspectiva da PDT, “constituem uma das formas de estratégias de defesa, que se manifestam em nível inconsciente” (CANÇADO; ANNA, 2013, p. 252).

Por meio do referencial psicanalítico, o autor irá afirmar que os sujeitos constroem estratégias defensivas, individuais e coletivas, para encontrar um equilíbrio para o seu funcionamento psíquico. O processo da dinâmica humana permite uma constante relação entre sofrimento e defesas contra o sofrimento (DEJOURS, 2007). O trabalho, na teoria de Dejours, é compreendido como um fator chave de subjetivação. A sublimação aparece como “um processo psíquico insólito graças ao qual as pulsões encontrariam uma saída dessexualizada no campo social” (DEJOURS; ABDOUCHELI, 2010, p. 35).

Zaidhaft (1990, p.20) indica que existe na medicina a “ideologia do não se envolver” e, com a questão da morte, na medicina legal, não seria diferente. O autor aponta que os alunos introjetariam o modelo mimetizado nas academias para instaurar um comportamento que o mantivesse afastado das questões que permeiam o cuidado do outro. O autor questiona o quanto não se envolver com o paciente implica, também, em não imergir em seus próprios sentimentos, afastar-se, para concluir que “se para morrer basta estar vivo, não se envolver com a morte implica não se envolver com a vida”.

Na visão de Cavedon e Amador (2012) cada funcionário lida de maneira única com o inconveniente da morte exposta no corpo. Este cadáver, do latim cadavere, “a carne dada aos vermes” (TALAMONI, 2012, p. 178), referência ao final partilhado por todos, trava com a singularidade de cada trabalhador os nuances da tarefa de forma a deixar marcas únicas no comportamento para além das salas de perícia. Nesse sentido, Barros e Silva (2004) indicam que uma das formas dos

trabalhadores do IML se protegerem seria a atitude de se “desligar” da tarefa, isto é, tentar, na medida do possível, encarar o corpo enquanto objeto de trabalho e, ao sair do IML, tentar não pensar no trabalho. Realizar uma atividade mais automática. Esse comportamento foi observado nos dizeres dos trabalhadores entrevistados.

Normal. Normal. De tanto a gente vê já se torna uma coisa corriqueira, normal. A gente trabalha no [...], né? Assim, hoje pelo que tempo que tô trabalhando no [...], já não tenho mais aquele impacto, né, tudinho, a gente perde a sensibilidade [...]. É muito [...]. De tanto a gente ver, né? No primeiro contato a gente fica chocado (AS/AA2).

Então eu procuro ver aquele corpo só na minha parte técnica mesmo de trabalho. Eu procuro não pensar nele lá fora, o que ele fazia os familiares, se ele tinha filho, como era a relação dele, eu não procuro colocar essas coisas na minha cabeça que isso acaba, pode acabar interferindo. [...]. Então a morte aqui pra mim é também o início de um trabalho novo. [...]. Eu não penso antes e nem depois. Eu só penso naquele momento, fazer a perícia, definir causa morte, tudinho como a gente tem que fazer e quando termina, eu procuro não ficar pensando por mais feio que seja, por mais, se aparecer uma coisa que me abalou eu procuro não ficar pensando, quando vem na minha cabeça eu penso em outra coisa e desvio pra não ficar nada registrado, entendeu? Algumas coisas ficam registradas, mas nada pra ficar eu vou dormir aí fico pensando naquilo, me incomoda eu perco o sono, não (AP2).

Molinier (2013, p. 223) diz que o medo psíquico no trabalho é algo comum e inclui o contato com o cadáver dentro desta questão. Zaidhaft (1990, p. 20) aponta que a ansiedade grupal permeia a escolha de um “bode expiatório”. Entretanto, existe sempre o discurso da superação do medo. No caso do IML, os trabalhadores são convocados á todo momento, até mesmo pela diversidade que se encontram os cadáveres, a darem provas de sua coragem e superação do medo.

Não. Não. Saiu daqui pronto. Sem problema nenhum. Quando eu vejo um cadáver na rua, por algum motivo, eu só vou logo ver se tem lesão, se tem os dentes, se tem algum sinal que possa identificar, entendeu? Eu verifico logo isso, mas também não toco; mas, eu gosto de ver. Se eu já sonhei com algum cadáver? Não. Se eu tenho medo? Não. Eu tenho medo é do vivo. Tenho pavor do vivo, porque o vivo raciocina, o morto não. [...] Eu tenho colegas

que dizem que “como é que eu encaro um almoço depois? Como é que eu encaro o odor fétido de um cadáver, putrefeito?” No caso. Como eu digo, se você faz uma coisa que você gosta, você não se arrepende, então não interessa como ele está. Interessa o trabalho que você vai fazer. Agora se você vai almoçar uma carne assada ou um cozido onde você observa que parece, tem uma certa semelhança, então essa não é a sua profissão, entendeu? Você tem que saber distinguir as coisas, sem problema nenhum. Se você fica nessa aqui, então vá procurar outro ramo que esse não é o seu (PL3).

Para Kovács (2012) o tabu que permeia a realidade da morte paira mais sobre a questão da familiaridade do que com o contato em si, isto é, falar de morte é remeter a uma intimidade que, no caso dos trabalhadores do IML só é cortada pelo choque da perda da uma pessoa conhecida. É a intimidade que ameaça toda postura de não sensibilizar com as perdas.

PRAZER

Os entrevistados informaram que a gratidão das famílias é fundamental para eles e apontam isso como uma forma de reconhecimento. Molinier (2013, p.163), no entanto, desconstrói essa visão e indica que, embora importante, a gratidão não configura como reconhecimento. A questão da gratidão foi um dos pontos que mais apareceu quando eram questionados sobre reconhecimento. Talvez a questão da substituição de uma ideia pela outra venha se firmar quando, na ausência de um reconhecimento efetivo, os trabalhadores procurem se apoiar no olhar do outro, mesmo que sejam das famílias, para estabelecer um vínculo onde repouso o resultado positivo de seu esforço.

Poxa, isso é ótimo. Isso é ótimo. Isso é um ponto fundamental no seu ego, digamos assim. Você conquistou mais uma vitória. Uma vitória que fica na obscuridade, em termos de relevância, mas não interessa isso. Interessa o que você conquistou a satisfação que você trouxe pra família. A família saiu daqui depois ficou tudo preparado. Saiu daqui alegre. Vieram até bater foto aqui comigo. Poxa, só faltaram me levar com eles. Eu disse, poxa, com vocês eu não vou não. Mas é um ponto muito positivo pra nós... A satisfação de ver os familiares chegando aqui [...] lhe abraçando, é um negócio bonito, olha, muito bonito mesmo. Agora você tem que gostar do que faz. Poxa, isso deixa a gente super satisfeito porque nós estamos

tentando solucionar, a família já sabe que é ele mesmo. Poxa! Já entregamos material pra família. Esse que é o nosso trabalho. É isso que nós fazemos. É isso que nós gostamos. Se tiver que viajar a gente viaja, se tiver que correr risco a gente corre, mas a gente vai atrás da razão, da verdade, pra fazer justiça, pra missão ser cumprida porque o que interessa é missão cumprida. Aí nós vamos a fundo onde quer que vá buscar, se o cadáver estiver no mato a gente vai lá e trás mesmo [...] (PL3).

Assim, os funcionários do IML encontram, no discurso da realização de uma causa maior por meio do sacrifício, o sentido para o seu trabalho. Nesse aspecto o cadáver é apenas um incômodo em relação ao bem maior que se ampara na resolução dos casos, como foi encontrado também na pesquisa de Vivian et al. (2013). Outro ponto que os trabalhadores consideraram fundamental para o bom desenvolvimento da tarefa é o gosto pelo constante aprendizado. Cavedon (2009) reitera que entre os peritos a atração pela diversidade ajuda a desvendar as pistas sobre o crime, bem como implica em um estímulo por conhecimento que nunca cessa. E isto leva o trabalhador a um envolvimento maior com a sua profissão. Aqui, o prazer encontra-se ligado a experiência de aprender.

Às vezes a parte financeira fica em segundo plano tu acredita? A radiologia apaixonona. Tu começa a estudar anatomia. Tu começa a entender o funcionamento, to falando da radiologia como um todo, não a parte de radiologia forense. Olhe dinheiro não é tudo. Aqui a gente aprende muito, tem muito conhecimento (AP1).

Mais do que prazer, como reitera Aldé (2003) a necessidade leva os sujeitos a se acostumarem ao trabalho. Contudo, para algumas categorias, como a dos peritos, a compensação também pode existir na forma de um bom salário que, se não é o ideal, pelo menos se sobressai em relação ao desprazer de trabalhar em um ambiente com tantos motivos para desestimular o trabalhador.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve como objetivo analisar as vivências prazer e sofrimento expressas pelo discurso dos trabalhadores da medicina legal, com recorte específico daqueles que desenvolvem a atividade da necropsia. Nesse sentido, procurou abordar as questões referentes à organização e

as condições de trabalho como possíveis fontes de desgaste e sofrimento psíquico. Além disso, procurou desenvolver uma análise referente à relação entre sofrimento, mecanismos de defesa e prazer no trabalho.

Para os profissionais que trabalham com situações de morte violenta, o seu dia a dia reconstrói-se como reflexo mais impactante de uma sociedade em descontrole. É na sala de necropsia que estão as mais variadas maneiras do sujeito dar provas de sua vilania e/ou fragilidade. É ali que a prática da tanatologia faz emergir a essência humana de um trabalho com a morte, esta disseminada cientificamente pelo nome técnico que homenageia Tanatos, e procura delimitar o acesso do possível a uma ciência que não transferiu ao Eros, força de perpetuação da vida, um caráter imortal (BRAZ, 2005; D'ASSUMPCÃO, 2010).

Em meio a tantas situações de abandono, o IML segue vacilante com seu discurso de autonomia. O que existe por trás dessa questão é o fato de que são necessárias medidas urgentes para melhoria das condições de trabalho. A falta de reconhecimento é um ponto chave presente nas entrevistas. A única gratidão que recebem é das famílias. O único profissional que ainda conta com alguma valorização é o perito. E isto, fomenta mais ainda a divisão entre as categorias, pois todos merecem respeito, não apenas esse trabalhador.

A distância entre as remunerações é um ponto crítico também. Os assistentes administrativos, por exemplo, não ganham nenhum tipo de adicional por insalubridade ou periculosidade. Ora, se trabalhar no IML não consta como ambiente insalubre, o que seria então? Dessa maneira, precisariam ser revistos os critérios de insalubridade. Entretanto, vale ressaltar que o adicional no trabalho não visa proteger o trabalhador, mas, oferecer uma remuneração a mais pela exposição ao risco e quando isso ocorre de modo a selecionar funcionário pode desestimular o trabalhador e dividir ainda mais as categorias de funcionários.

Existe a questão da falta de incentivo ao servidor e isto se deve, em grande parte, pela ausência de um plano de cargos e salários e desestimula a prática de conhecimento, sendo que o constante aprendizado foi uma das características que mais os aproximam e oferece prazer na profissão. É importante salientar que, mesmo em meio a todas as dificuldades apontadas, os trabalhadores da medicina legal gostam do trabalho que realizam e sentem-se recompensados pela gratidão das famílias. Embora, exista um sofrimento, que não é somente aquele de lidar com a morte e cadáver, mas diz

respeito, principalmente, no lidar com os vivos, são estes mesmos o maior estímulo a continuar, amparado pelo discurso de auxílio aos familiares que perderam alguém e, de forma mais ampla, à Justiça e Sociedade como um todo.

Por fim, se o sofrimento pode ser um ponto de partida, como afirma Dejours (2011) esta pesquisa não pretende encerrar a discussão aqui, mas ampliar as discussões acerca da saúde e trabalho no campo da psicologia no sentido de contribuir para a promoção da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

ALDÉ, L. **Ossos do Ofício**: processo de trabalho e saúde sob a ótica dos funcionários do Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde)- Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<https://teses.icict.fiocruz.br/pdf/aldelm.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2013.

ARIÈS, P.; **História da Morte no Ocidente**: da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Saraiva. 2012.

AUGUSTO, C. B.; ORTEGA, F.; Nina Rodrigues e a Patologização do crime no Brasil. **Revista Direito GV**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 221-236, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdgv/v7n1/a11v7n1.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2014.

BARROS, V.A.; SILVA, L.R. Trabalho e cotidiano no Instituto Médico Legal de Belo Horizonte. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 16, p. 318-333, dez. 2004. Disponível em: <http://portal.pucminas.br/imagedb/documento/DOC_DS_C_NOME_ARQUI_20050602161450.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2013.

BRAZ, A. L. N. Origem e significado do amor na mitologia Greco-romana. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 22, n. 1, p. 63-75, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v22n1/v22n1a07.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2014.

CAMPOS, M. S. Definições. Referencias históricas. Relações. Aspectos do Ensino. Divisão Didática. In: CAMPOS, M. S.; MENDONZA, C.; MOURA, G.; MELO, G. M. de. (Org.). **Compêndio de Medicina Legal Aplicada**. 1 ed. Recife: EDUPE, 2000, p. 11-52.

CANÇADO, V. L.; ANNA, A. de S. S. Mecanismo de Defesa. In: VIEIRA, F. de. O.; MENDES, A. N.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho**, Curitiba: Juruá, 2013. p. 249-254.

CAVEDON, N. R. "Isso aqui é uma fábrica de loucos": a saúde mental dos servidores do Departamento de Criminalística do Instituto-Geral de Perícias do Rio Grande do sul. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2 009, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: ENANPAD, São Paulo, 2009. Disponível em:<http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad2009/GPR/2009_GPR463.pdf>. Acesso em: 4 jan. 2013.

_____. Modos de enfrentamento da morte violenta: a atuação dos servidores do departamento de criminalística do Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul. **RAM, Rev. Adm. Mackenzie**, São Paulo, SP, v. 12, n. 4, p. 75-104. jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1678-69712011000400004&script=sci_abstract&tln_g=pt>. Acesso em: 11 mar. 2013.

CAVEDON, B. Z.; AMADOR, F. S.; Quando a morte é o começo da atividade: análise do trabalho pericial sob o ponto de vista da clínica da atividade. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 37, p. 177-202, jul./dez. 2012. Disponível em:<<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2459/2362>>. Acesso em: 01 abr. 2014. DOI:<http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i37.2459>

COELHO, B. F.; Histórico da medicina legal no Brasil. **Revista do Curso de Direito**, Salvador, n. 132, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/redu/article/view/1505/1188>>. Acesso em: 01 abr. 2014

COSTA FILHO, P. E. G. da. **Medicina Legal e Criminalística**. Brasília, DF: Vestcon, 2012

D'ASSUMPÇÃO, Evaldo A. **A Origem mitológica de Thánatos**. [2010]. Disponível em: <http://www.redenacionaldetanatologia.psc.br/Artigos/artigo_10.htm>. Acesso em: 02 abr. 2013.

DEJOURS, C. Adedum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In LANCAMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 5. ed. Brasília,DF: Paralelo, 2011. p. 57-123.

_____. **A Banalização da Injustiça Social**. 7. ed. Rio de Janeiro: Getúlio Vargas, 2007.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2010. p. 33-43.

DEJOURS, C. Adedum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In LANCAMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 5. ed. Brasília, DF: Paralelo, 2011. p. 57-123.

FERREIRA, J. B. Sujeito. In: VIEIRA, F. de. O.; MENDES, A. N.; MERLO, A. R. C. **Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do trabalho**, Curitiba: Juruá, 2013. p. 452-455.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANÇA, G. V. de. **Medicina Legal**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

GERNET, I. Psicodinâmica do Reconhecimento. In: **Psicodinâmica e Clínicas do Trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2011. p. 61-26

HUSS, M. T. **Psicologia Forense**: pesquisa, prática clínica e aplicações. Porto Alegre: Artmed, 2011.

KÖHLER, I. C. C. **O cotidiano dos Funcionários de um Instituto Médico Legal frente à Morte**: uma leitura a partir da bioética personalista. 2009. 176 f. Tese (Doutorado em Ciência Odontológicas)-Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-28052010-123423/pt-br.php>>. Acesso em: 3 abr. 2014.

KOVÁCS, M. J. **Educação para a Morte**: desafio na formação de profissionais de saúde e educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, FAPESP, 2012.

LEIS, H. R. A sociedade dos vivos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 5, n. 9, p. 340-353, jan./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>

soc/n9/n9a12.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2013.

LESSA, C. **Trabalhando com a Morte**. 2. ed. São Paulo: SGE, 1995.

MARTINS, S.R. **Clínica do Trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social, teoria, método e criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MOLINIER, P. **O Trabalho e a Psique: uma introdução à psicodinâmica do trabalho**. Brasília, DF: Paralelo 15, 2013.

PAVÃO, S. L. **Imaginário dos Trabalhadores da Morte**. 2002. 159 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia)-Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2002.

PESCAROLO, J. K. **Morte, Racionalização e Contágio Moral: Um estudo sobre o Instituto Médico legal de Curitiba**. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <http://www.pg socio.ufpr.br/docs/defesa/dissertacoes/2007/Joyce-Pescarolo.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2013.

TALAMONI, A. C. B. **No anfiteatro da anatomia: o cadáver e a morte**. Rio de Janeiro: UNESP, 2012. Disponível em: <http://deivissonlopes.files.wordpress.com/2013/04/no_anfiteatro_da_anatomia-web.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2014.

ZAIDHAFT, S. **Morte e Formação Médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

VINIAN, C.; MAHL, A. C.; SILVA, J. C. da; OLIVEIRA, L. A. Profissionais de corpo e alma: Aspectos psicológicos envolvidos no vital processo de reparação da justiça, o dia a dia dos auxiliares e médicos legistas. Ver. **Psicologia em Foco**, v.5, n.6, p.92-106, dez/2013. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1120/1652>>. Acesso em: 30 de junho de 2015.



➤ **SAÚDE E ADOECIMENTO NO TRABALHO DE MULHERES DE UMA COMUNIDADE RURAL DO AMAZONAS**

Socorro de Fatima Moraes Nina
Rosângela Dutra de Moraes

INTRODUÇÃO

O capítulo discute a saúde e o adoecimento relacionado ao trabalho, tendo como recorte o trabalho rural de mulheres na Vila do Engenho, comunidade situada no Município de Itacoatiara, no Estado do Amazonas, Brasil. O objetivo é analisar as condições e a organização do trabalho das trabalhadoras rurais da Vila do Engenho e seus desdobramentos sobre os processos implicados na saúde/adoecimento. Parte-se do campo da saúde do trabalhador, privilegiando as visões diferenciadas que se comunicam com a realidade de distintos espaços da Amazônia, estabelecendo interfaces com a dimensão subjetiva do trabalhar, fundamentada na Psicodinâmica do Trabalho, no que tange à análise das falas das trabalhadoras acerca de suas vivências de trabalho.

Ao estudar a saúde do trabalhador na Vila do Engenho, é importante considerar a especificidade histórica do lugar, valorizar as experiências das trabalhadoras para a organização do trabalho, bem como a mobilização da subjetividade nos diferentes espaços do trabalho e da vida das mesmas. O trabalho da mulher no ambiente rural envolve questões de saúde relacionadas aos ciclos de vida. Deve-se levar em conta os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que definem as condições de vida e de saúde da trabalhadora rural.

O capítulo inicia situando a discussão relativa à saúde do trabalhador no contexto amazônico; segue apresentando brevemente as categorias de análise da psicodinâmica do trabalho pertinentes ao capítulo. Na sequência expõe as escolhas metodológicas e procedimentos. Em seguida, apresenta os resultados relativos aos diferentes espaços de trabalho em que estão inseridas as trabalhadoras rurais alcançadas nessa pesquisa.

SAÚDE DO TRABALHADOR NO CONTEXTO AMAZÔNICO

O estudo da saúde da mulher trabalhadora contribui para ampliar o olhar sobre o mundo do trabalho em sua articulação com a saúde,

atravessando a problemática das relações intersubjetivas e das esferas de produção e reprodução, valorizando as pluralidades. Tem-se a imagem de diferentes inserções de mulheres nos processos produtivos no meio rural amazônico, em que se definem padrões diversos de morbimortalidade, para os quais contribuem outros fatores decorrentes dos condicionantes de saúde que estão presentes no cotidiano das trabalhadoras da Vila do Engenho. A trabalhadora e a saúde do trabalhador são aqui relacionais, constituindo a ação-interação de um contexto social, em que o sentido do eu e a identidade dessa trabalhadora é socialmente construída e culturalmente aceita, posta a partir de padrões e formas de regular e pensar o trabalho.

Ao articular Harvey (2009) à essa realidade de trabalho, admite-se que “é o trabalhador como pessoa o detentor da mercadoria força de trabalho, e essa pessoa é a sede de ideias e aspirações [...]”. Tal afirmação articula-se aos preceitos da Saúde do Trabalhador que compreende um campo de saberes e práticas com claros compromissos teóricos, éticos e políticos, inseridos como política pública em saúde, “composto por um coletivo desigual, estruturalmente determinado por conflitos e embates de concepções práticas condicionadas pelos recursos que os agentes e instituições possuem” (MINAYO-GOMES; PENA, 2010, p. 29).

E nesse campo, conceitualmente, os trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia [...] (BRASIL, 2004; 2012). Reconhecem-se como trabalhadoras rurais mulheres cuja experiência de vida esteve e está ligada predominantemente ao mundo rural, ao trabalho na agricultura; que residem no lugar, compreendendo contextos que revelam modos e condição de vida, em um tempo/lugar da ajuda, algumas vezes; outras vezes em um tempo/lugar de trabalho.

É no trabalho que se efetiva a subjetividade, justificada pelas consequências do modo como o espaço agrário vem sendo produzido e organizado na Amazônia. Pelas condições históricas e objetivas de sua produção, a Vila do Engenho é também um espaço de exploração, determinando um ambiente de vida tecido pelas diversas articulações existentes entre as variáveis econômicas, sociais, políticas e culturais que podem se tornar agravos à saúde de trabalhadores/as.

As condições de saúde da trabalhadora na Comunidade Coração de Jesus não diferem, de modo substancial, daquelas encontradas em

outras áreas do Brasil, retratadas em estudos realizados pelo Ministério da Saúde, que evidenciam condições precarizadas no trabalho rural. Assim, a população que vive e/ou trabalha no interior da Amazônia encontra-se mais vulnerável aos problemas de saúde relacionados ao trabalho que as populações urbanas. É visível a desigualdade vivenciada por populações que moram em ambientes rurais, comunidades distanciadas da equidade, universalidade e do acesso à saúde. Há vários fatores que permeiam a barreira que impede alcançar um nível mais elevado de igualdade e de justiça social. No entanto, essa assimetria não é dada pela natureza, ela é uma construção social, passível de ser modificada.

A interface saúde e trabalho das populações rurais na Amazônia encontra dificuldades significativas de acesso, sendo ainda desconhecida para a maioria dos profissionais, por causa de especificidades locais e culturais. Vencer essas restrições significa repensar o Sistema Único de Saúde - SUS, de forma que valorize os determinantes e condicionantes de saúde nas especificidades do trabalho rural e da vida no interior da Amazônia. A articulação entre saúde, trabalho e ambiente pode viabilizar a proposição de políticas voltadas para a população rural, sendo necessário construir redes de conhecimento político, crítico e orientador da atuação do setor saúde. Particularmente, valorizar a dimensão subjetiva, expressa nas falas destes sujeitos, de modo a alcançar a participação e o efetivo controle social.

CONTRIBUIÇÕES DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

A Psicodinâmica do Trabalho valoriza a dimensão subjetiva do trabalhar e considera o trabalho central na vida humana. Segundo essa abordagem, o trabalho nunca é neutro para a saúde: pode conduzir ao melhor, atuando como operador de saúde ou, por outro lado, pode levar ao pior, atuando como desencadeador de doenças, a depender dos processos psicodinâmicos mobilizados no trabalhar (DEJOURS, 2007; 2012). Na concepção dejouriana o sofrimento é inerente ao trabalho, visto o confronto da organização do trabalho e o funcionamento psíquico; e o hiato irreduzível entre o trabalho prescrito e o real. Por mais criteriosas que sejam as prescrições, sempre acontecem imprevistos e revezes que colocam à prova o saber-fazer. Nesse momento o sujeito entra em contato com o sofrimento, diante do fracasso das prescrições. Isso exige mobilização subjetiva para dar conta do que não estava previsto e realizar bem sua tarefa. Trabalhar consiste, precisamente, em dar de si para realizar bem seu trabalho. A mobilização subjetiva está no cerne do trabalhar. Ao ultrapassar os desafios, o trabalhador consegue subverter o sofrimento em

prazer no trabalho. Essa conquista conduz à realização pessoal e ao fortalecimento da identidade, o que favorece a saúde (DEJOURS, 2011; 2012).

Dentre as construções conceituais da psicodinâmica do trabalho, neste capítulo será destacada a organização do trabalho, que compreende a divisão do trabalho, o conteúdo das tarefas, o sistema hierárquico e as relações intersubjetivas (DEJOURS, 1992). A organização de trabalho pode ser favorável à saúde, quando é flexível, permite maior autonomia e favorece o uso da criatividade. Por outro lado, pode ser deletéria, quando predominam os ritmos acelerados, as cobranças, as pressões, a excessiva carga de trabalho, visto que as pressões da organização de trabalho incidem sobre o psiquismo. Outro conceito importante para essa pesquisa, oriundo da ergonomia, diz respeito às condições do trabalho, que incluem os equipamentos, o ambiente físico, as condições climáticas, o esforço físico, e atingem a saúde do corpo. Na concepção dejouriana, a organização do trabalho incide sobre o psiquismo, enquanto que as condições de trabalho deletérias prejudicam o corpo do trabalhador.

O trabalho pode se tornar patógeno quando as situações de trabalho são marcadas pelas pressões, sobrecarga, rigidez, dificultando o exercício da inteligência prática; quando há obstáculos para a o espaço da fala e das trocas entre os pares, dificultando a regulação da organização do trabalho, a cooperação, o reconhecimento. Para se proteger do sofrimento, os trabalhadores utilizam estratégias defensivas, que consistem em recursos psíquicos, de funcionamento inconsciente, destinados a eufemizar a percepção do sofrimento. Embora possuam uma função protetiva, essas estratégias possuem uma dimensão de alienação, dificultando o agir sobre a organização de trabalho, a fim de transformá-la (DEJOURS, 2012).

Diante do sofrimento prolongado e da dificuldade em transformar as situações que agravam o sofrimento, o sujeito pode ser levado ao desânimo, a duvidar se sua capacidade, a ter uma crise de identidade e ser levado à descompensações (psíquicas /somáticas). Nesse sentido o trabalho pode desencadear adoecimento (DEJOURS, 1992; 2007; 2012).

O CAMINHO COMO PROCESSO: TECENDO PONTO A PONTO OS SABERES ACERCA DAS TRABALHADORAS RURAIS

A pesquisa da subjetividade com trabalhadoras do campo des-

dobra-se necessariamente como pesquisa e ação. Desenvolve-se a partir dos pressupostos da abordagem qualitativa, com a inserção dos pesquisadores no contexto histórico e social, atentando-se para o fazer das trabalhadoras numa cultura particular.

A Vila do Engenho, conhecida também como comunidade Sagrado Coração de Jesus, iniciou no movimento chamado “Lavradores em Ação”, num lugar na Amazônia denominado inicialmente de Bela Vista, no município de Itacoatiara. Distante 210 km da cidade de Manaus, capital do Estado do Amazonas. O acesso por via terrestre inicia com 169 km na AM-010, seguido de 25 km na Estrada do Novo Remanso e se completa com 16 km na estrada da Vila do Engenho.

A pesquisa foi realizada nos espaços produtivos das mulheres, em diversas atividades (ora como trabalho, ora como ajuda), em três diferentes espaços do trabalho na agricultura. O grupo de participantes foi constituído por três coletivos: doze mulheres que trabalham na Agroindústria da Cooperativa dos Produtores Rurais da Comunidade Sagrado Coração de Jesus- ASCOPE; vinte e três associadas do Grupo de Mulheres da ASCOPE - GRUMASCOPE, que trabalham com o manejo do substrato do produto da cooperativa, com o beneficiamento dos produtos, assim como na administração e execução de eventos ligados a festividade da comunidade ou em eventos; e doze mulheres que trabalham na agricultura como trabalhadoras rurais. Algumas das participantes trabalham em mais de um desses espaços.

As estratégias de coleta de informação formam um contínuo; na realidade amazônica, realizar pesquisa com populações que vivem em comunidades rurais requer cuidado e respeito pelos sujeitos e pelo lugar. A pesquisa se propôs a constituir a história enquanto contínuo de vida, que, ao ter sido registrado, se transformou em conhecimento e poder para as próprias mulheres.

Abordaram-se categorias de análise referenciadas na Psicodinâmica do Trabalho, tais como: organização do trabalho e condições de trabalho, embora a segunda esteja mais próxima da ergonomia da atividade. Nos resultados, as falas das participantes estão identificadas por nomes fictícios, que iniciam pelo prefixo “flor”. A observação e a fala acerca do trabalho fez da pesquisa a ação no cenário das mulheres, sendo uma oportunidade para conhecer e refletir acerca das múltiplas atividades das mesmas.

AGRAVOS RELACIONADOS À SAÚDE DA TRABALHADORA RURAL

A saúde das trabalhadoras rurais na Vila do Engenho é imbricada pelo cotidiano do trabalho de produtores e produtoras rurais, que se interligam com seus modos de viver. A pesquisa abrangeu o papel da mulher trabalhadora rural, a organização e os diferentes processos de trabalho que impactam na saúde das trabalhadoras. Estes elementos estão articulados à determinação social, enquanto processo trabalho-saúde-doença.

Tomando como referência a teoria social, para compreender o processo saúde/doença, demarca-se seu caráter histórico, bem como as dinâmicas das relações sociais e do trabalho na agricultura, relacionando-se aos processos de diferentes formas de trabalho e às mudanças que vêm ocorrendo no lugar. Constata-se que as novas configurações do trabalho mudam as relações sociais pretéritas de convívio, como os mutirões, ajuris e/ou troca de dia, marcados por ajuda mútua. Passaram a existir outras formas de organização do trabalho, focadas na produção, em condições de trabalho penosas; o que implica agravos à saúde da mulher trabalhadora:

Rapá, às vezes quando a gente pega muita chuva, muito sol fica assim como eu tô rouca [...] dor? [...] quando a gente se acostuma com a dor pra gente [...] já não é nem dor [...] assim quando a gente é a primeira vez que vai trabalhar assim a gente sente [...] tá dolorido aqui, ali, mas depois, já passa é [...] normal. Vai acostumando (FLORNAZA).

O costume pode naturalizar doenças e o perigo passa a não ser reconhecido em decorrência de contornos socioculturais, que são definidores das relações particulares com o ambiente do trabalho: a dor é normal. A concepção clássica de saúde, como um completo estado de bem-estar físico, psíquico e social, definida pela Organização Mundial da Saúde (1946), baliza a busca do ideal. Para Dejours (2007), a saúde é um ideal, não existindo para o conjunto da população, que se contenta com a “normalidade”, dado pelo que é aceitável para a maioria.

Trabalhar é sempre enfrentar situações imprevistas, que podem se apresentar como agravos à saúde. Esses podem estar relacionados à organização, às condições de trabalho e às relações intersubjetivas. Além disso, os incidentes, as anomalias e panes exigem a mobilização subjetiva para lidar com as demandas, pondo em xeque

as previsões e as predições. Assim, trabalhar é sempre colocar a subjetividade à prova (DEJOURS, 2007). Para Minayo (2010), “saúde e doença constituem metáforas privilegiadas para explicação da sociedade: engendram atitudes, comportamentos e revelam concepção de mundo. Mediante a experiência do viver, do adoecer e do morrer”; neste sentido, as trabalhadoras falam das condições de trabalho, naturalizando o sofrimento:

No sol é um pouco sofrido, mas como a gente tem aquele costume vai fazendo. Eu não era acostumada. Dói (FLORARI).

Falar de saúde e doença é relacionar aspectos interligados aos lugares do trabalho da mulher, no Grumascopo, na agroindústria e nos plantios, especificidades que dizem do trabalhar, entendendo que o trabalho é central na vida humana, e nunca é neutro em relação à saúde. Pode conduzir ao melhor ou ao pior, dependendo dos processos psicodinâmicos desenvolvidos no trabalhar. Apreender o trabalho e suas relações intersubjetivas é desvelar aspectos da saúde que refletem para além do visível na organização e nas condições de trabalho. É qualificar a escuta, atenta aos determinantes sociais, históricos, econômicos e culturais no cotidiano da mulher. Um aspecto importante é que, dependendo do lugar onde se realiza o trabalho, determinados agravos são referidos com maior frequência pelas trabalhadoras. Dentre as queixas recorrentes, estão às doenças relacionadas ao trabalho rural e os acidentes de trabalho.

Os agravos referidos pelas trabalhadoras são: sobrecarga de trabalho, dores nos membros superiores e inferiores e dores nas costas; os mesmos podem desencadear quadros de Lesões por Esforços Repetitivos/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - LER/DORT. Estresse, exposição à radiação solar e calor por longos períodos e exposição a ruídos, que pode desencadear Perda Auditiva Induzida por Ruído-PAIR. Destacam-se, ainda, os riscos relacionados à exposição crônica a agrotóxicos.

Segundo Silva et al. (2013, p. 346), a exposição a agrotóxicos pode causar uma série de problemas de saúde, destacando-se aqui, os “problemas ligados à fertilidade, reações alérgicas, efeitos deletérios sobre o sistema nervoso, distúrbios mentais e psiquiátricos, respiratórios, cardiovasculares, geniturinários, gastrointestinais, problemas na pele, e nos olhos”. Quanto aos acidentes de trabalho na área rural, também abrange o que é menos visível na relação tra-

balho e saúde. As trabalhadoras estão expostas a lesões traumáticas de diferentes graus de intensidade pelo uso de ferramentas manuais. Na agroindústria, observa-se a exposição a fios elétricos e manuseio de máquinas, sendo necessária a atenção ao manuseio nas áreas de plantios, onde são comuns os acidentes com animais peçonhentos e a exposição e intoxicação por agrotóxicos.

Brito (1999) ressalta que o conhecimento acerca das diferentes formas de adoecimento que atingem as trabalhadoras é dificultado por vários fatores, desde a subnotificação até a necessidade de transpor obstáculos resultantes da condição de gênero. Afirma ainda que:

Há evidências, por exemplo, de que grande parte dos casos de lesões por esforços repetitivos permanece submersa e que muitos dos atingidos são mulheres. Por outro lado, a sobrecarga das mulheres com acúmulo das tarefas domésticas e remuneradas, assim como responsabilidade e ocupação permanente com a educação e atendimento aos filhos está ligada a formas inespecíficas de adoecimento, como estresse e a hipertensão arterial, que não constam da legislação brasileira (BRITO, 1999, p. 143).

As LER/DORTs são consideradas patologias decorrentes de hiper-solicitação. Elas são afecções ocupacionais que expressam o adoecimento relacionado à sobrecarga, e alcançam proporções que já podem ser consideradas epidêmicas (GHISLENI; MERLO, 2005). No trabalho na agricultura as trabalhadoras falam de dores decorrentes das posturas inadequadas por tempo prolongado, do esforço físico, e da pressão mecânica sobre determinados segmentos do corpo, como os membros superiores e inferiores; associada à sobrecarga de trabalho. A sobrecarga é o agravo à saúde indicado pelas trabalhadoras em todos os lugares do trabalho: GRUMASCOPE, agroindústria e dos plantios da Vila do Engenho. O significado do termo sobrecarga relaciona-se ao excesso de trabalho que não inclui apenas quantidade de trabalho, mas também a avaliação da trabalhadora das tarefas a serem realizadas.

O TRABALHO NO GRUMASCOPE: ENTRE O SOFRIMENTO DA SOBRECARGA E O PRAZER DO TRABALHO COLETIVO

A sobrecarga decorrente do trabalho constante e intenso das trabalhadoras rurais em suas múltiplas atividades, fora e dentro de casa, foi reconhecida pelas trabalhadoras nos seus múltiplos afazeres, tanto

no GRUMASCOPE quanto na ASCOPE e nos plantios. A sobrecarga do trabalho da mulher na área rural assemelha-se à da mulher urbana, segundo dados apresentados em eventos que tratam da temática mulher e trabalho. Ao analisar a jornada de trabalho de mulheres e homens, a Secretaria de Políticas para as Mulheres afirma que a divisão sexual do trabalho naturaliza os cuidados da casa e da família como tarefa feminina, o que se traduz em sobrecarga, uma vez que as trabalhadoras assumem o trabalho na dimensão produtiva e reprodutiva.

Estas tarefas realizadas no interior das famílias e domicílios são definidas pela economia feminista com ‘trabalho reprodutivo’, em contraponto ao ‘trabalho produtivo de bens e serviços para o mercado’, este último gerador de valor, enquanto o trabalho reprodutivo é gratuito. Analisando apenas as mulheres ocupadas nota-se que elas, em média, dedicam 22,3 horas semanais para este trabalho, enquanto que os homens gastam, em média, 10,2 horas semanais. Portanto, as mulheres têm uma jornada de trabalho reprodutivo que é mais que o dobro da masculina, o que marca profundamente suas vidas (BRASIL, 2013, p. 51).

As trabalhadoras tentam conciliar diversos afazeres domésticos com os diferentes trabalhos na agricultura. A carga excessiva de trabalho configura o adoecimento expresso nas queixas de dores de cabeça, dores nas costas, nos braços e pernas; ansiedade, estresse, cansaço, mal-estar; sensação de desânimo e náuseas.

O trabalho fica mais pra gente que tem que encarar, a gente tem que encarar muita coisa, encarar em casa e encarar aqui, encarar no sol e virar aquariquara mesmo (FLORMAR).

O “encarar” é relacionado a ser forte e resistir, comparando-se à aquariquara, árvore de casca grossa, seca, porém altamente resistente, da qual é feita a viga que sustenta as casas na região. Às mulheres é designada uma carga de trabalho que exige a mesma resistência. A sobrecarga de trabalho se caracteriza no cotidiano de trabalho/mais trabalho, pois não se percebeu, nas falas das mulheres, alternância entre trabalho/tempo livre; a maior parte do que seria o tempo livre é dedicado às atividades domésticas.

[...] porque às vezes eu chego cansada, ele [o marido] reconhece que a gente tá cansada, aí os filhos ajudam; até que eles

cooperam, não é tudo, toda hora, mas, até que cooperam (ri). O trabalho fica mais pra gente, que tem que encarar (FLORMAR).

A sobrecarga encontra ressonância na cultura pautada pela submissão da mulher, submetida a pressões e múltiplas exigências: “tem que encarar”, extrapolando os limites do corpo, o que pode contribuir significativamente para o adoecimento. Dejours (2007) destaca a sobrecarga entre as patologias do trabalho em aumento. A carga excessiva de trabalho das mulheres da Vila do Engenho possui origem social, em uma dinâmica pautada pelo excesso de tarefas, em diferentes lugares do trabalho, constringendo-as a assumir uma carga acima de sua capacidade, que não é reconhecida como algo que potencializa adoecimento. Mas em todos os grupos da pesquisa verbaliza-se a queixa dos múltiplos fazeres, onde o cansaço, o estresse e a irritação se relacionam à necessidade de dar conta de múltiplas atividades.

Tenho quatro filhos; quando chego, faço o serviço doméstico, que é sempre, todo o dia, a mesma coisa: arrumar a casa. Quando não dá tempo de arrumar de manhã, arrumo à tarde e levo pela noite. Venho pra cá [local de trabalho] manhã e tarde; eu e meu esposo trabalhamos. Ele não tem trabalho fixo, ele trabalha com balsa, no roçado, no campo (FLORLE).

A fala indica a precarização do trabalho do marido, que possui repercussão na sobrecarga de trabalho da mulher. Os fatores sociais aumentam o grau de exploração dessa força de trabalho, potencializando fatores de riscos invisíveis, presentes na engrenagem do trabalho, casa- associação - agroindústria - plantio, tão associados pela trabalhadora como a parte que lhe cabe. Como relata a trabalhadora do GRUMASCOPE:

Trabalho em casa, na ASCOPE, no campo e no GRUMASCOPE. Gosto mais dos papéis da cooperativa e da agricultura. A noite eu faço os trabalhos de casa (FLORNAZ).

Apesar das menções à carga excessiva de trabalho dentro/ fora de casa, as mulheres mencionam que o trabalho na Associação permitia também o relaxamento, a amizade, a liberdade, e as realizações advindas do trabalho coletivo. Esse funciona como um contraponto às múltiplas tarefas domésticas, individuais. Por conseguinte, constata-se nessa dinâmica que o GRUMASCOPE poten-

cializa a saúde, por oferecer um trabalho remunerado, socialmente reconhecido e realizado coletivamente.

Para Dejours (2012) o espaço da fala, a cooperação e o reconhecimento são elementos que potencializam a transformação do sofrimento no trabalho e a conquista do prazer. Para as trabalhadoras do GRUMASCOPE, o trabalho coletivo inclui o sentimento de pertencimento, a história de lutas e conquistas, que promove a saúde. O trabalho nesse coletivo propicia o fortalecimento da identidade e a ampliação da autoestima, fazendo com que o trabalho funcione como operador de saúde. Ocorre a subversão do sofrimento em prazer e a renovação do entusiasmo, fazendo com que as participantes invistam mais de sua subjetividade no fortalecimento do GRUMASCOPE:

O que queremos e precisamos como visão de futuro para o GRUMASCOPE? Queremos algo novo para manter o grupo, queremos um grupo autossustentável para continuar crescendo, nos especializar nos produtos que fazemos a fim de agregar valor e qualidade ao nosso produto, precisamos de curso para melhorar nosso produto, queremos um lugar apropriado para trabalharmos com os alimentos, precisamos de mercado para venda dos nossos produtos e assim manter o grupo em atividade constante e solidariedade (FLORNA, FLORSI, FLORAI, FLOREL).

Corroborando a cultura de submissão da mulher, sinaliza-se que o trabalho desta, quando efetivado junto com o marido, é considerado como “ajuda”, embora gere renda, para si e para a família, tal qual o trabalho do marido. As tarefas são as mesmas, mas o “status de trabalhador” é atribuído ao homem, quando se trata de um casal. À mulher cabe o papel secundário, de “ajudante”. Quando a mulher trabalha sozinha, é considerada “trabalhadora”. Em ambos os casos ocorre a sobrecarga de múltiplos fazeres e deveres, acrescidos do trabalho doméstico, que é invisível para o mundo do trabalho, mas que contribui para os processos de adoecimento.

AGRAVOS À SAÚDE NO TRABALHO DA AGROINDÚSTRIA

No espaço da agroindústria evidencia-se uma variedade de agravos à saúde, provenientes das condições de trabalho em posições que causam desconforto e dor em diferentes partes do corpo. As participantes citaram dores nas costas e lombalgias, que estão

relacionadas ao trabalho pesado e às posições incômodas, necessárias à realização de determinadas atividades, ficam muito tempo em pé ou sentadas em posições inadequadas. As falas das trabalhadoras da agroindústria indicam como queixas:

A dor; fica muito tempo em pé. Dor nas costas, de ficar carregando caçapa, que muitas vezes nós carregamos (risos). As pernas ficam doloridas quando ficamos muito tempo em pé. Dor na cabeça, de ficar no lugar muito quente. E o estresse. Porque chegamos em casa muito estressadas (FLORMARI).

Na agroindústria, dependendo da sala, existe determinados trabalhos que implicam movimentar e/ou levantar objetos pesados de forma intensa, como nas atividades de ensacar, pesar e selar as polpas. Também foram citadas as cobranças por produtividade e as jornadas de trabalho prolongadas, que acarretam situações de irritabilidade, ansiedade e estresse, que é situado por Mendes (2008) como um fenômeno resultante de uma tensão acumulada em função do contínuo e intenso esforço do indivíduo para se adaptar às demandas internas ou externas que lhe são impostas pelas dimensões da organização, das condições e das relações sociais do trabalho e, aqui também, da vida.

As falas confirmam as queixas de dores relacionadas ao trabalho. O quadro é agravado pela sobrecarga relacionada ao acréscimo do trabalho doméstico:

Aí à tarde a gente tá cansada. À tarde a gente tá com as pernas [...] socorro! Insuportável, ai! Ai as minhas costas [...] Eu tou sentada aqui mais as minhas costas aqui [...] Tá horrível. Quando chega em casa você vai fazer comida pra trabalhador, você vai lavar roupa, você vai lavar louça, você vai arrumar casa, você vai fazer tudo. E aí é assim que é estresse, é muito estresse, porque é o trabalho da mulher trabalhadora (FLORBE).

Acrescenta-se, ainda, o ruído de algumas máquinas, que é outro fator que causa incômodo, irritação e agrava o estresse:

Ave Maria! A gente fica escutando [o barulho] até quando está em casa. Eu passo sábado e domingo e [...] Segunda parece que tem um grude aqui. Ainda tem um menino que trabalha com a máquina, aqui, é plei, plei, plei, ai meu Deus! Aquilo parece que vai dentro do miolo da gente! E essa zuada, ou então aquele barulho, batendo [...]. Nossa Senhora! (FLORCLE).

Associando o ruído das máquinas às altas temperaturas, que oscilam entre 30 e 40 graus de julho a dezembro, intensifica o que chamam de nervosismo, além de potencializar dores de cabeça proveniente das condições de trabalho.

Aqui é estressante, aquela sala é quente, quente que ninguém aguenta. Aqui então, tem essa seladeira que é quente, mas a gente aguenta (FLORCLEO).

O trabalho na agroindústria pode causar danos à saúde, estando relacionadas a vários fatores nocivos, que podem acarretar distintos agravos e acidentes de trabalho. O adoecimento relacionado ao trabalho produz queixas inespecíficas, que devem ser analisadas como indicativos das implicações das condições de trabalho sobre o corpo.

O TRABALHO NOS PLANTIOS: ENTRE DORES E AGROTÓXICOS

No outro campo de trabalho na Vila, o plantio, as trabalhadoras também fazem referências às dores nas costas, nas pernas, nos braços, provenientes das posições que são necessárias para a efetivação de seu trabalho. Na colheita de pimenta

Elas sentam assim na beira do balde; abre a perna e vai botando a pimenta aqui, né; e eu não só ponho a pimenta aqui nessa posição. Às vezes eu vou, vou, apanho, apanho... É que é muita, muita pimenta; aí eu fico ali 5, 10 minutos só naquela posição. Quando eu vou voltar, minha costa dói. Teve dias de a gente apanhar pimenta o dia todo pela manhã e eu não sentir nada, mas à tarde eu começo a sentir dores nas costas (FLORLIS).

As dores são relacionadas às posições necessárias para execução da tarefa. Na colheita de pimenta, as trabalhadoras necessitam permanecer muitas horas sentadas em cima de latas. Além disso, quando não conseguem executar a atividade, optam pela posição de curvatura da coluna, o que causa dores nas costas. Também há dores de articulações, mas essas frequentemente são associadas a outros fatores que não o trabalho:

Eu mesma estava com uma dor no joelho. Tava dizendo que era até reumatismo, porque essa posição de ficar na lata, dá dor no joelho (FLORNAZ).

Nos plantios de maracujá, na atividade de polinização da flor, foram citadas, principalmente, dores nos braços, por permanecerem

quase sempre esticados. Assim como dores nas mãos, pelos constantes movimentos com as pontas dos dedos para coleta do pólen das plantas. As trabalhadoras necessitam andar lentamente de 100 a 200 metros na polinização do maracujá. Falam de dores nas pernas, relacionadas às horas que ficam em pé, uma vez que o trabalho exige que estas andem, lentamente, de uma fileira para a outra, causando uma sensação de peso nas pernas, e inchaço.

Não tem nada que me deixa chateada aqui, eu gosto, o que cansa mais é o maracujá, porque fica andando, e aqui (na pimenta) você não anda muito, é quase todo tempo no lugar. No maracujá as pernas ficam 'quentando' um pouquinho, que fica andando de um lado pro outro (FLORTAL).

Outras queixas relacionando trabalho nos plantios se referem a trabalhar no campo aberto, com longos períodos de exposição ao sol, causando fadiga pelo calor intenso, fortes dores de cabeça, dores nos olhos relacionadas à claridade, além de irritação e nervosismo, como expressado na fala:

Todo o tempo me dá dor no quadril; e o sol esquenta e não tem como sentar, é sempre assim curvada, o tempo todo, e assim, nessa fileira (FLORDAL).

Eu trabalho aqui porque eu gosto de trabalhar eu nasci e me criei trabalhando no pesado, trabalho no roçado desde quando eu me entendi. Meus pais eram pobres e me criaram no roçado, trabalhando. E agora estou com essa idade, mas não gosto de ficar em casa; prefiro tá trabalhando que cuidando de casa. Eu cuido da minha casa, mas prefiro vim pra cá [...]. Eu carrego o balde pra cá quando tá cheio, eu levo esse balde, umas 4 vezes, eu encho esse balde. Trabalhar um trabalho honesto é bom, fico feliz, me sinto com saúde, porque se eu fico só em casa comendo, eu fico cheia de dor, eu me sinto preguiçosa, eu trabalhando aqui, eu me sinto bem (FLORELZ).

As trabalhadoras não associam, inicialmente, o adoecimento à situação de trabalho. No entanto, ao descrever trabalho e falar sobre as dores, começam a refletir e estabelecer relações entre o trabalho e as dores que fazem parte de seu cotidiano. Destaca-se a potência emancipatória da fala que, diante da escuta qualificada, favorece o refletir e atribuir novos significados às vivências. No caso das agricultoras, as condições de trabalho colocam a trabalhadora permanentemente exposta a riscos decorrentes das condições de trabalho,

que incluem à exposição cotidianas ao sol, à chuva, ao risco de picadas de animais peçonhentos e à acidentes de diversas causas. Há ainda a exposição aos agrotóxicos, que pode propiciar o aumento do índice de morbidade e doenças ocupacionais.

O veneno, usam ai [...] chega, ai vem matando a gente, aquele veneno (FLORARI).

Pesquisas na área de Saúde do Trabalhador têm apontado a preocupação com os agravos à saúde de agricultores, decorrente da utilização de agrotóxicos. O trabalho agrícola é considerado, na atualidade, uma das mais perigosas ocupações. Os autores apontam que a problemática da saúde do trabalhador rural, relativa ao uso de agrotóxico, é uma situação grave, havendo apenas medidas tímidas, que estão longe de resolver os problemas (SCHMIDT; GODINHO, 2006; FARIA; FASSA; FACCINI, 2007; SILVA; RAMOS, 2008).

Os agravos reiteradamente mencionados são aqueles relacionados ao uso de agrotóxicos, tais como: dores de cabeça, náuseas, coceiras, incômodo na região dos olhos (chamado de ardência). Embora as trabalhadoras se preocupem com o veneno, em decorrência dos efeitos orgânicos imediatos, não o identificam como perigo para a saúde; o definem apenas como um incômodo, como expressa a fala a seguir:

As coisas que vê que pode causar doença aqui [...] às vezes a gente é que tem que se proteger a gente às vezes é alérgica, por causa do sol; e fica espirando (Florari).

Na fala da trabalhadora fica evidente que está incorporado o discurso perverso “quem tem que se proteger é o trabalhador”. Evidencia-se que há um desconhecimento da gravidade da exposição ao manuseio do agrotóxico. Apesar de relatos de sinais e sintomas relacionados à exposição do produto (dores de cabeça), recorrem à automedicação com analgésicos e continuam a trabalhar, como demonstra a pesquisa de Nina (2002, p. 59):

A automedicação é uma prática comum para 18,44% dos entrevistados, os quais fazem uso de analgésicos sem orientação médica para aliviar dor na cabeça. Outros 35,50% declararam que nada fazem para amenizar os sintomas de intoxicação.

A automedicação e a falta de notificação permite que os casos de adoecimento relacionado ao trabalho com agrotóxico permaneçam des-

conhecidos dos profissionais de saúde. Não há notificação, ou, havendo, caracteriza-se a subnotificação. Os casos são diluídos nas estatísticas, compondo o quadro de desconhecimento e despreparo quanto aos cuidados e tratamento de trabalhadores intoxicados na área rural.

O número de casos derivados da exposição ocupacional é desconhecido, pois a maioria deles não é registrada devido a que acontecem nas áreas rurais longe dos serviços de saúde. No caso de envenenamento crônico, são mal diagnosticados porque raramente os agrotóxicos são identificados como agentes causadores dos sintomas, principalmente quando a diagnose é baseada unicamente nos sintomas apresentados pelo paciente (WAICHMAN, 2008, p. 46).

A subnotificação faz parte do cenário da região. No período da pesquisa, a unidade de saúde local informou que os sintomas citados pelos trabalhadores não são registrados ou notificados como decorrente ao uso de agrotóxico, o que evidenciou a necessidade de capacitação dos servidores para melhor identificação dos casos. Machado (2014), em pesquisa realizada na área, constatou que, na Unidade Básica de Saúde da Família-UBSF (micro área 10), as principais doenças e agravos são subnotificados, não constando informações realísticas nos dados oficiais da localidade nem do município. A realidade dos riscos e agravos permanece oculta; os registros aparentam ser baixa a ocorrência de acidentes de trabalho, intoxicações e correlatos.

Os dados de Nina (2002), relativos a pesquisas realizadas com produtores rurais no ambiente de Várzea, no município de Manacapuru/Amazonas, indicam que:

De um modo geral foi observado o relato de sintomas de intoxicação por parte dos produtores rurais. A grande maioria 57,93% declarou sentir dor de cabeça, tonteira, enjoo e dor no estômago durante ou após as pulverizações dos cultivos com agrotóxicos (NINA, 2002, p. 57).

Na Vila do Engenho, as queixas das trabalhadoras relativas a dores de cabeça, coceiras nos olhos, enjoo, coceira no rosto e irritação na pele, coincidem com a aplicação de agrotóxicos:

[...] porque borrifam muito que nem tá aqui, olhe [...] a gente pega, arde o rosto da gente, a gente tá aqui e dá uma coceirinha, vai coçar [...] olhe aqui isso branco, é veneno que eles borrifam, e quando pega no olho fica ardendo (FLORDAL).

Há ainda outros sintomas relacionados aos agrotóxicos, evidenciados através dos relatos de exposição indireta ao uso:

O veneno, usam, aí chega, aí vem matando a gente aquele veneno, aquele cheiro forte, aquele [...]. Abacaxi [...]. Vem [homem] arranhado, fede também, é o veneno, quando eles passam por ai. Aquele veneno... Eu só falto morrer de colocar os bofes pra fora [...]. É lógico (FLORARI)

As náuseas relacionam-se à exposição aos agrotóxicos. Quase sempre as trabalhadoras estão presentes no plantio quando os homens fazem a aplicação desses produtos. Isso potencializa o risco de doenças provenientes da exposição às substâncias tóxicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os agravos ou danos à saúde das trabalhadoras rurais da Vila do Engenho costumam ser banalizados, como parte da expressão social e cultural da relação trabalho-saúde-adoecimento, vigentes nesse lugar. O discurso hegemônico valoriza as mudanças tecnológicas, a modernização dos processos e as novas necessidades no mundo do trabalho agrícola, sem atentar para os riscos e agravos à saúde. O estudo sobre saúde-adoecimento da trabalhadora na Vila do Engenho abarca uma multiplicidade de agravos à saúde e formas de adoecimento no trabalho, sem, contudo, que isto seja percebido pela trabalhadora. Aspectos como a exposição constante e prolongada ao sol, a exposição aos agrotóxicos, os acidentes de trabalho, a sobrecarga de trabalho, a ansiedade e o estresse decorrentes das novas configurações do mundo do trabalho que vem se apresentando na Vila trazem rebatimentos sobre a saúde-adoecimento no trabalho.

Silva et al. (2013) afirmam que o trabalho na agricultura pode constituir-se num trabalho perigoso para a saúde das trabalhadoras. Além das situações específicas da organização e condições de trabalho, somam-se as condições de vida, saúde e trabalho como baixos salários; o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com os problemas causados pelo trabalho, que conduzem ao não reconhecimento, pelas trabalhadoras, dos agravos à sua saúde.

O trabalho pode atuar como operador de saúde quando promove, à mulher, autonomia financeira, reconhecimento social enquanto trabalhadora e vínculos de pertencimento em um coletivo de trabalho.

Esses aspectos são destacados na realidade das trabalhadoras da vila do engenho. Gostam de trabalhar fora de casa, visto que o trabalho doméstico não é reconhecido como trabalho. A visibilidade do trabalho na Agroindústria, GRUMASCOPE e Plantio já assegura o reconhecimento da condição de trabalhadora, o que é favorável à identidade e à saúde. Embora a condição social de submissão da mulher reduza o seu trabalho ao status de “ajuda”, quando ela trabalha junto com o marido.

No que refere à organização de trabalho, quanto à atribuição de tarefas, ritmos, e cobranças, o destaque foi à sobrecarga, referido em todos os espaços de trabalho rural abrangidos pela pesquisa, e mais claramente no GRUMASCOPE. A sobrecarga foi o principal agravante do sofrimento identificado em uma revisão sistemática de sessenta e duas pesquisas de base dejouriana, realizadas na Amazônia (MORAES et al., 2017). A sobrecarga também agrava o sofrimento de trabalhadoras rurais, que, como as demais mulheres, acumulam à carga de trabalho “de fora” o trabalho doméstico, não reconhecido socialmente nem remunerado.

No que diz respeito às relações com a hierarquia, as mulheres naturalizam a relação de mando e não questionam a chefia e a hierarquia, que é masculina, conforme determinantes culturais da Vila do Engenho. O trabalho nos três espaços pesquisados (Agroindústria, GRUMASCOPE e Plantio) proporciona “viver junto”, os laços de cooperação e amizade, que são favoráveis à saúde.

Quanto às condições de trabalho, que incluem os equipamentos, o ambiente físico, a temperatura e a exposição a agentes químicos, a pesquisa destaca que as condições de trabalho são deletérias, trazendo importantes agravos à saúde da trabalhadora rural, como evidenciado nas falas que se referem a dores em diversas partes do corpo e náuseas e dor de cabeça diante da exposição ao agrotóxico, fazendo com que o trabalho esteja relacionado ao adoecimento, embora nem sempre as trabalhadoras tenham consciência dessa relação.

A pesquisa indica que há imensos desafios no plano da promoção de saúde, incluindo processos complexos, como a capacitação dos profissionais de saúde, avanços no plano da vigilância sanitária e fiscalização. As trabalhadoras rurais gostam de seu trabalho e investem sua subjetividade para bem realiza-lo. Elas merecem que este seja antes um operador de saúde que desencadeador de doenças.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**: Versão pronta após sugestões, incluídas as sugestões do Seminário Preparatório, dos AFTs e das DRTs. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário - MDA. **Relatório Seminário Internacional Políticas Públicas para Mulheres Rurais na ALC**. Brasília. 19 a 20 março 2013.
- BRASIL. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Gênero, cooperativismo e associativismo: coopergênero, integrando a família**. Brasília: Mapa/ACS, 2012.
- BRITO, Jussara. **Saúde, trabalho e modos sexuais de viver**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.
- DEJOURS, Christophe. Psicodinâmica do Trabalho na pós-modernidade. In: MENDES, Ana Magnólia. LIMA, Suzana Canez da Cruz; FACAS, Emílio Peres (Orgs.). **Diálogos em Psicodinâmica do trabalho**. Brasília: Paralelo 15, 2007.
- DEJOURS, Christophe. Addendum. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.) **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3ª. Ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/ Brasília: Paralelo 15, 2011.
- DEJOURS, Christophe. **Trabalho Vivo**. tomo II. Brasília: Paralelo 15, 2012.
- FARIA, Neice Müller Xavier; FASSA, Ana Claudia Gastal; FACCHINI, Luiz Augusto. Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2007, vol.12, n.1, pp. 25-38. ISSN 1413-8123.
- GHISLENI, Angela Peña e MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. **Psicol. Reflex. Crit.** [online]. 2005, vol.18, n.2, pp. 171-176. ISSN 0102-7972.
- HARVEY, David. **Espaços de Esperança**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

MACHADO, Thayná A. Coêlho Savino. Avaliação de risco sócioambiental do uso de agrotóxicos na produção de abacaxi (ananas comosus) na Comunidade Sagrado Coração de Jesus Itacoatiara- AM. **Dissertação** apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal Do Amazonas. Manaus, 2014.

MENDES, Ana Magnólia. A organização do trabalho como produtora da cultura e a prevenção do estresse ocupacional: O olhar da psicodinâmica do trabalho. In: TAMAYO, Álvaro. **Estresse e cultura organizacional**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2008.

MORAES, Rosângela Dutra. SCHLINDWEIN, Vanderléia de Lurdes Dal Castel. GHIZONI, Liliam Deisy. PEREIRA, Angelina Paiva. MENEZES, Tamara. NINA, Socorro de Fátima Moraes. Expansão da Psicodinâmica do Trabalho no Norte do Brasil. In: KIELING, Janine Monteiro. MORAES, Rosângela Dutra. MENDES, Ana Magnólia. MERLO, Álvaro Roberto (Orgs). **Psicodinâmica do trabalho no Brasil: práticas, avanços, desafios**. Curitiba: Juruá, 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO-GOMES, Carlos; PENA, Paulo Gilvane Lopes. Premissas para a Compreensão da Saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.2, p.371-383, 2010.

NINA, Nailson Celso Silva. Caracterização sócio-econômica-ambiental do uso de agrotóxicos em uma área de várzea do Município de Manacapuru-AM (Amazônia Central). **Dissertação de mestrado**. UFAM. 78p. Manaus. 2002.

OMS. Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. **Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP**. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso: 14 jun. 2013.

SCHMIDT, Maria Luiza Gava; GODINHO, Pedro Henrique. Um breve estudo acerca do cotidiano do trabalho de produtores rurais: intoxicações por agrotóxicos e subnotificação. **Rev. bras. saúde ocup.** [online]. 2006, vol.31, n.113, pp. 27-40. ISSN 0303-7657.

SILVA, Jandira Maciel et al.. Saúde do trabalhador rural na atenção primária à saúde: Subsídios para elaboração de uma proposta de atuação. In: DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda. **Saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: possibilidades, desafios e perspectivas**. Minas Gerais: Coopmed, 2013.

SILVA, Edil Ferreira da e RAMOS, Yldry Souza. Processo de trabalho na produção de verduras no Alvinho, em Lagoa Seca/PB: a atividade dos trabalhadores e sua relação com o processo saúde-doença. **Aletheia** [online]. 2008, n.28, pp. 159-173. ISSN 1413 -039

WAICHMAN, Andréa Viviana. Uma proposta de avaliação integrada de risco do uso de agrotóxicos no estado do Amazonas, Brasil. **Acta Amaz.** [online]. 2008, vol.38, n.1, pp. 45-50. ISSN 0044-5967.



➤ **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COMO MECANISMO INDUTOR DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Geyse Aline Rodrigues Dias
Márcia Maria Bragança Lopes
Eric Campos Alvarenga

Este capítulo deságua de um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) realizada entre os anos de 2014 e 2015. Nele, buscaram-se estabelecer uma alquimia entre conhecimentos, experiências, vivências e sentimentos sobre a Educação Permanente em Saúde como estratégia para estimular o processo de avaliação de serviços de saúde.

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS de 19 de julho de 2011. Busca promover a ampliação do acesso, a qualificação dos serviços e a melhoria da atenção à saúde da população. A partir dele, os recursos começam a ser repassados com base em um amplo processo de avaliação que segue um ciclo contínuo de melhorias.

No Pará, a Universidade Federal do Pará é a instituição responsável pela fase de Avaliação Externa, organizada por meio de um projeto multicêntrico com outras universidades brasileiras, em parceria com o Ministério da Saúde. No escopo do PMAQ, foi proposta uma pesquisa avaliativa produzida por instituições de ensino e pesquisa no conjunto das Unidades Básicas de Saúde e nas Equipes de Saúde da Família que aderirem ao Programa. Atualmente, este se encontra no seu terceiro ciclo a ser realizado no estado do Pará entre o final de 2017 e início de 2018. Em 2013, a vida profissional nos apresenta o PMAQ, na verdade a Educação Permanente em Saúde nos apresenta o PMAQ, trazendo a possibilidade de dialogar com serviços de saúde em uma dimensão além de nossos cursos de formação. Ressaltamos que a Educação Permanente em Saúde apresenta o PMAQ, pois o que chama atenção para esse novo desafio é exatamente este curso de especialização que tem a Educação Permanente como um de seus focos.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: CONCEITO E REFLEXÕES

A educação permanente apresenta um conceito potencial que necessita ser entendido e utilizado de maneira apropriada a fim de abranger de fato a sua finalidade e importância no contexto em que se aplica. Na saúde, ainda é muito comum tratar a educação permanente como educação continuada. Para superar essa semelhança semântica é importante que se compreenda as questões teórico conceitual de que derivam as práticas associadas a esses termos (MARANDOLA et al., 2009).

Girade, Cruz e Stefanelli (2006) apresentam os termos, educação continuada, educação em serviço e educação permanente com uma abordagem conceitual de um aprimoramento profissional, ressaltando que tais termos são utilizados, por vezes de maneira complementar, outras de modo impreciso e ainda como conceitos distintos. Na visão de Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde (EPS) pode corresponder em momentos com a educação em serviço, quando apresenta um foco de conteúdos e recursos para formação técnica associada a um plano de mudanças institucionais ou de ordem política. Pode corresponder com a educação continuada, quando cabe a elaboração de quadros institucionais objetivos e a posse de carreiras por serviço em momentos e lugares específicos. E pode ainda corresponder à educação formal de profissionais, quando se apresenta permeável às diversidades de vivências profissionais e agrega-se a projetos integrados entre o setor trabalho e o setor ensino.

Marandola et al. (2009) ressaltam a importância de se compreender esses conceitos, a fim de ampliar os conhecimentos acerca de suas características evidenciando a importância de cada ação. Revelam ainda, que a educação continuada destina-se a qualificação profissional por meio de capacitações técnico – científicas, enquanto que a educação permanente visa transformar as práticas em seu contexto real, por meio de problematização, aprendizagem significativa e integração entre os sujeitos envolvidos, profissionais do serviço, gestores, instituições formadoras e o controle social.

Martins e Montrone (2009, p. 2) reconhecem em seu estudo um modelo de capacitação profissional relativo ao perfil de educação continuada em saúde, ressaltando que o termo educação permanente proposto desde 2004 pelo Ministério da Saúde (MS), abrange outros pressupostos como “a articulação entre o sistema de saúde e entidades formadoras, considerando o trabalho como eixo estruturante,

sendo realizada a partir da identificação de problemas cotidianos do trabalho em saúde e da busca de soluções”.

A Educação Permanente em Saúde concorre por uma atualização cotidiana das práticas baseada nos recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, adentra em uma primordial construção de relações e processos que emergem do interior das equipes em atuação conjunta, envolvendo seus agentes, às práticas organizacionais, as instituições de saúde, as práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais e as políticas associadas às ações de saúde (CECCIM, 2005). Fundamentada na concepção de educação transformadora, a EPS está focada na valorização do cotidiano do trabalho como fonte de conhecimento (TESSER et al., 2011) e reflexão do processo de trabalho considerando as necessidades de saúde da população (SILVA, PEDUZZI, 2011).

É notório que diversos são os conceitos aplicados à educação continuada e educação permanente, mas todos resultam de maneira integrada ou não, com o cumprimento de metas institucionais, desenvolvimento profissional e pessoal, aplicação de conhecimentos, aperfeiçoamento de práticas e o incentivo de mudanças de atitudes (GIRADE; CRUZ; STEFANELLI, 2006). Isso não pode distanciar da importância de se distinguir o conceito de EPS dos demais, visto que, apresenta um propósito transformador diferenciado que requer a utilização de estratégias inovadoras que vão além de projetos de atualizações e capacitações, que buscam uma construção compartilhada dos atores envolvidos, a partir de suas vivências diárias, de suas dificuldades e percepções do cotidiano, e que se destinam a transformações de práticas organizacionais, operacionais, políticas e sociais que necessitam ser trabalhadas cautelosamente, a fim de que atinjam de maneira crítica e reflexiva os envolvidos na construção de um processo problematizador e de aprendizagem significativa.

O módulo “Educação Permanente” do curso de especialização foi muito importante no desenvolvimento da proposta do curso e à formação como supervisores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Os conteúdos abordados foram fundamentais para o entendimento e compreensão da proposta de Educação Permanente no contexto do processo de avaliação dos serviços de saúde, a forma com que foram dispostos no módulo contribuiu para estimular a leitura e a busca de outras fontes de informação sobre a temática, proporcionando um processo reflexivo contínuo diante das atividades desenvolvidas.

A presença da educação permanente no decorrer do módulo foi real e positiva, possibilitou considerar as experiências e vivências de todos os envolvidos no curso, além de proporcionar a reflexão à mudança de práticas e a busca por conhecimento e aprimoramento da formação, tendo em vista a melhoria das ações e a valorização do processo de educação para e na saúde.

DESENVOLVIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

O desenvolvimento de propostas no âmbito da Educação Permanente em Saúde (EPS) configura-se ainda um grande desafio em meio às concepções do modelo de educação proposta, bem como relativos ao processo de operacionalização dos preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Constitucionalmente, o SUS é responsável por “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde” (BRASIL, 2009, p. 5), conforme determinado na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, inciso III. Para tanto, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no ano de 2003, que assume a responsabilidade de gestor federal do SUS no que diz respeito “à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde, no Brasil.” (BRASIL, 2004, p. 6).

A SGTES apresenta em sua composição o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que “propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde.” (BRASIL, 2004, p.7). Nesse contexto surge a Educação Permanente em Saúde (EPS), proposta instituída pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria 198 de fevereiro de 2004, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que possibilita reconhecer as necessidades à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores da saúde, assim como elaborar estratégias e processos para qualificação da atenção e da gestão em saúde, para fortalecer o controle social, refletindo positivamente sobre a saúde individual e coletiva da população (CAROTTA; KAWAMURA; SALAZAR, 2009).

Murofuse et al. (2009) dizem que para a discussão em torno das práticas de formação relacionadas aos projetos de educação permanente, é necessário que se pense o contexto em que se aplicam as

políticas de desenvolvimento do pessoal de saúde. Para tanto, destacam em seu estudo primeiramente a realização de um diagnóstico inicial do quadro de recursos humanos existentes, abrangendo tanto o perfil quantitativo quanto aspectos referentes à formação em distintos níveis do ensino formal.

A elaboração de um diagnóstico sobre a situação real dos trabalhadores resulta em uma importante contribuição para formulação de propostas de EPS, para o estabelecimento de prioridades na execução, a curto, médio e a longo prazo, além de apresentar aos gestores e instituições formadoras as necessidades do sistema de saúde relativas à formação e desenvolvimento do pessoal do setor (MUROFUSE et al., 2009). Para Vincent (2007) nos projetos guiados pelo conceito de educação permanente, a ênfase deve ser atribuída aos problemas da prática, e, diferente de diagnosticados, eles devem ser construídos; as demandas devem ser objeto de reflexão coletiva, aos olhos de todos os envolvidos, para então serem definidas as necessidades político-educativas e, relacionadas, encaminhadas à esfera da gestão.

Partindo do perfil de diagnósticos apresentados pelos autores acima, entende-se que para elaboração de projetos de EPS é possível considerar propostas de diagnósticos, no entanto penso que para efetivação de uma proposta de EPS é necessário ir além, visto que, não se trata de um formato fechado e pré-determinado de processo educativo para qualificação profissional, mas uma construção contínua de discussão entre os determinantes do cotidiano e as possibilidades de processos educativos adequados às necessidades. Discussões estas que necessitam ser realizadas por todos os envolvidos no cotidiano do trabalho em saúde.

No estudo de Franco e Koifman (2010) entendem que os vínculos entre usuários e os profissionais de saúde visando a resolução de problemas relativos aos serviços de saúde oferecidos a comunidade. A proposta de EPS desenvolveu-se a partir de um diálogo inicial entre os usuários e os profissionais de saúde, para possibilitar uma transformação, objetivando a produção de mudanças na realidade local. O planejamento participativo adotado como estratégia de desenvolvimento da EPS, permite a criação de elos entre a comunidade e o serviço de saúde, tornando o processo participativo, de corresponsabilidade e resolutivo, visto que o serviço tornou-se um produto comum, produzido pelo encontro dos trabalhadores e usuário, proporcionando mudanças no processo da produção de cuidado, poten-

cializando o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos envolvidos (FRANCO; KOIFMAN, 2010).

Para efetiva implementação da política de EPS, Mendonça et al. (2010) trazem em sua avaliação a importância do curso de facilitadores de EPS. Os resultados deste estudo mostram que, apesar das dificuldades vivenciadas na realidade estudada, o curso de facilitadores possibilita a compreensão sobre EPS, permitindo a reflexão sobre o processo de trabalho, a contextualização e conhecimento de outras realidades de trabalho e o reconhecimento de problemas presentes nos diferentes cenários de atenção à saúde.

Um dos desafios ainda percebidos no desenvolvimento de propostas de EPS é a falta de compreensão acerca da temática e dos preceitos da PNEPS. Marandola et al. (2009) corroboram com esta afirmativa explicando que a formação de tutores e facilitadores revela-se como uma estratégia fundamental para superar esse desafio, já que possibilita ampliar o debate sobre o conceito e a proposta de atuação. Outro ponto importante a ser considerado é foco do estudo de Peduzzi et al. (2009), que trazem as atividades educativas dos trabalhadores da atenção primária aos olhos da educação permanente e da educação continuada em saúde. Seus achados mostram que as atividades educativas têm avançado na perspectiva da EPS, pois estão emergindo diretamente de seu contexto real, apresentando o processo de trabalho como espaço de aprendizado e ressignificação de práticas. Ressaltam ainda, as estratégias de ensino participativas, que proporcionam momentos de reflexão sobre as práticas de saúde em ambientes de discussão coletiva.

Silvia e Peduzzi (2011, p. 1025) entendem nesse sentido,

Que quando se parte da realidade do sujeito envolvido na aprendizagem, ocorre à aprendizagem significativa, aspecto que se aproxima da concepção de EPS, assim como a problematização, a participação e a reflexão crítica.

A participação dos trabalhadores e comunidade em atividades de educação em saúde e de EPS revelam a responsabilidade do usuário por sua condição de saúde e a participação no cotidiano dos serviços (PEDUZZI et al., 2009), relação importante para avaliar as propostas em execução e contribuir à elaboração de novas propostas de EPS voltadas às necessidades de saúde da população.

O trabalho de Ciconet, Marques e Lima (2008) apresenta a execução de uma proposta de educação em serviço com perspectivas de EPS, que resultou em um processo marcado por dificuldades em sua operacionalização, tais como, a pouca adesão dos profissionais, pela necessidade de cumprimento de escalas verticais de trabalho; a maior participação dos profissionais nos momentos de discussões teóricas, impedindo um debate mais definido em torno das práticas assistenciais; a carência de infraestrutura física e material, dificultando a execução das atividades e a participação de todos os profissionais; dificuldades para sistematizar os conteúdos teóricos, com necessidade de reestruturação da dinâmica proposta; além do pouco reconhecimento relativo as sugestões levantadas pela equipe durante os encontro e reuniões.

A respeito do uso estratégias inovadoras no âmbito da EPS, Guimarães, Martin e Rabelo (2010) dizem que para auxiliar a concretização dos processos de educação permanente é necessário valer-se de métodos e técnicas facilitadoras, referentes às tecnologias mediadoras do processo educativo, empregadas geralmente no modelo de EAD. Essa estratégia de ensino-aprendizagem é relevante no processo de EPS, mas é necessário que se considere, para sua utilização, as necessidades e especificidades de cada grupo em formação.

Ceccim (2005) refere que mesmo com a incorporação de tecnologias e referenciais necessários a EPS, é essencial viabilizar espaços de discussão, análise e reflexão da prática no cotidiano do trabalho, bem como dos referenciais orientadores destas, a fim de que sejam estimuladores de processos de transformação institucional e facilitadores de coletivos organizados para a produção.

O desenvolvimento das propostas de EPS apresentam-se de maneira diferenciada ao longo do processo de implementação e consolidação da PNEPS, trazem como foco as perspectivas de transformações da realidade e das práticas de saúde, mas se percebe a necessidade de maior compreensão das características e especificidades do processo, suas concepções e seus reais objetivos, visto que, ainda é comum visualizar propostas centradas nos modelos de educação continuada. Inúmeros desafios estão presentes em meio ao processo educativo no âmbito da EPS, penso que as dificuldades configuram um grande estímulo à efetivação das práticas de educação permanente, já que são ricas fontes de subsídios para elaboração, implantação, execução e avaliação de propostas inovadoras e transformadoras de realidades.

AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: FERRAMENTA DE FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Diversos conceitos são atribuídos à palavra avaliação, penso que avaliar trata-se de um processo de verificação, por meio da aplicação de técnicas e/ou instrumentos capazes de obter informações, objetivando determinar a competência e o progresso gerando reflexões e subsídios para tomada de decisões. Trata-se então de um processo importante para qualquer ação e/ou prática planejada.

O histórico dos processos de avaliação mostra a evolução de suas características e finalidade. Como apresentado por Brousselle et al. (2012) no conteúdo estudado no eixo 3 deste curso de especialização, nos períodos do Reformismo (1800-1900) e Eficiência e Testagem (1900-1930), predominou-se a característica positiva de “medida”, as atividades resultavam de elaboração de testes padronizados, mecanismos de coleta sistemática de dados e análises quantitativas, os avaliadores eram técnicos especializados empenhados na invenção de novas ferramentas e otimização do uso das ferramentas já disponíveis.

O período da Idade da Inocência (1930-1960) foi marcado pela “descrição”, nesse momento o avaliador deixa de ser somente um técnico passando a descrever os programas e compreender sua estrutura e seu conteúdo, para identificar os pontos fortes e fracos, verificar se permitem responder aos objetivos e fazer recomendações à sua melhoria. Os períodos de Expansão (1960-1973) e Profissionalização e Institucionalização (1973-1990) foram caracterizados pelo “juízo”, nesses períodos ampliou-se o quadro conceitual com o surgimento de novos métodos e o avaliador ganha o papel de juiz no processo, o que permite a emissão de julgamento sobre uma intervenção. A partir de 1973 o processo de avaliação torna-se uma prática profissionalizada e o julgamento é ampliado para abranger aspectos econômicos como as limitações de recursos. Neste último período os avaliadores não satisfeitos com a capacidade de induzir mudanças sociais, desejam considerar as necessidades dos clientes das avaliações.

O período de avaliação atual, dúvidas, que vem desde 1990 apresenta como foco a “negociação”, esse período foi marcado por ampliar a diversidade de abordagens metodológicas e dos agentes envolvidos no processo. Neste momento, a avaliação deixa de ser uma atividade somente técnica e torna-se também prática e emancipatória, amplian-

do a compreensão dos atores quanto às condições nas quais a intervenção é realizada e a participação ativa em seu aperfeiçoamento.

Como ação de realização contínua entende-se que esse processo pode ser fonte de identificação de avanços, entraves, limitações e possibilidades de transformação, além de promover a aprendizagem no trabalho, o que nos remete a dialogar com a Educação Permanente. Para tanto, é necessário considerar que o centro da política de formação para a área da saúde é composto pela população, e que as suas necessidades sanitárias e de educação à gestão social das políticas públicas de saúde devem ser englobadas, favorecendo o desenvolvimento da autonomia diante das ações, dos serviços e dos profissionais de saúde. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O processo de avaliação estabelecido pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) vem apresentando boas e satisfatórias possibilidades de diálogo entre avaliação e Educação Permanente, pois diante da experiência vivenciada no segundo ciclo do PMAQ no Pará, foi possível visualizar de perto a importância da escuta de todos os envolvidos na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) para o desenvolvimento de novas propostas de assistência a saúde, ao trabalho na saúde e a qualificação profissional. E para que sejam identificados os efeitos das ações desenvolvidas, é necessário pensar mecanismos de avaliação e monitoramento dos processos de EPS, para que possibilitem a ordenação e/ou reordenação de cada articulação interinstitucional na política de formação para a área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Segundo Silva e Brandão (2003) a avaliação é um processo que tem a capacidade de construir novas organizações e novas realidades a partir do meio avaliado, conduzindo os programas sob a avaliação para um processo de geração de conhecimento e de práticas. Entendemos que o processo avaliativo, assim como o processo educativo, é contínuo, complexo e produtor de informações e conhecimento. Ao mesmo tempo, são processos, que, no âmbito da saúde, complementam-se, já que visualizamos a educação permanente, como visto no decorrer do segundo ciclo do PMAQ e das reflexões feitas durante este curso de especialização, como mecanismo indutor de processos de avaliação, como um próprio processo de avaliação dos serviços de saúde, quando permite vivenciar o cotidiano de trabalho em saúde, conhecer a dimensão deste trabalho, coletar informações, discutir a realidade, reconhecer as dificuldades, valorizar os bons e resoluti-

vos serviços prestados, é avaliativo ainda, quando possibilita dialogar com diferentes atores, de buscar recursos e mecanismos, materiais ou não, para mudanças, e vamos além, para transformar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste capítulo, originado de um portfólio, por si só, configura um processo de avaliação, autoavaliação e conseqüentemente de crítica e reflexão. Esta construção permitiu ampla visualização de trajetórias acadêmica e profissional, desafios e grandes oportunidades de crescimento profissional e pessoal. Fortaleceu nossas esperanças à transformação das realidades as quais possamos atuar, construindo e reconstruindo nosso aprendizado e de todos os que conosco seguirem.

Discutir sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) foi mais uma oportunidade de reinventar possibilidades, considerando as experiências, vivências, refletindo sobre as transformações, mudanças, formação e qualificação profissional, visando o melhor desenvolvimento das ações de educação para e na saúde, valorizando a importância desta no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A experiência do PMAQ permitiu vivenciar o cotidiano de trabalho em saúde, perceber a dimensão deste trabalho, valorizar as experiências positivas desenvolvidas no SUS e dialogar com os diferentes atores em busca do objetivo de transformação das práticas e conseqüente transformação social. A reflexão instaurada nesta construção fortalece a importância dos processos de EPS como indutores de processos de avaliação de serviços de saúde, visto que as características desses processos por vezes se confundem e complementam-se, tendo em vista o avanço dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; HARTZ, Z. organizadores. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CAROTTA, F.; KAWAMURA, D.; SALAZAR, J. Educação permanente em saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos, **Saúde e Sociedade**, v.18, n.1, p 48-51, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=i-so>. Acesso em: 15 fev. 2015.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. Debates, v. 9, n. 16, p. 161-77, set.-fev. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100013&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 ago. 2014.

CICONET, R.M.; MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Educação em serviço para profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): relato da experiência de Porto Alegre - RS. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 12, n. 26, p. 659-666, jul.-set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832008000300016-&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 ago. 2014.

FRANCO, C. M.; KOIFMAN, L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação** [online], v.14, n.34, p.673-682, jul.-set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 ago. 2014.

GIRADE, M.G.; CRUZ, E.M.N.T.; STEFANELLI, M.C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v.40, n.01, p. 105-110, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342006000100015-&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 ago. 2014.

GUIMARÃES, E.M.P.; MARTIN, S.H.; RABELO, F.C.P. Educação permanen-

te em saúde: reflexões e desafios. **Ciencia y Enfermeria** [online], v.16, n.2, p. 25-33, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532010000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 22 ago. 2014.

MARANDOLA, T.R. et al.. Educação permanente em saúde: conhecer para compreender. **Revista Espaço para a Saúde** [online], v. 10, n. 2, p. 53-60, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacopara-saude/v10n2/index.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2013.

MARTINS, R.M.C; MONTRONE, A.V.G. Implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação: educação continuada e prática profissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [online], v.11, n.3 p.545-53, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a11.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2014.

MENDONÇA, F. F. et al.. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de Educação Permanente em Saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 15, n. 5, p. 2593-2602, jan./ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500033>. Acesso em: 20 ago. 2014

MUROFUSE, N.T. et al.. Diagnosis of the situation of health workers and the training process at a regional center for professional health education. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, v. 17, n. 3, p. 314-320, may.-june. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000300006-&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 ago. 2014.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação** [online], v. 13, n. 30, p. 121-134, jul.-set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000300011&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 ago. 2014.

SILVA, R. R.; BRANDÃO, D. Os quatro elementos da avaliação. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 59-66, abr./jun. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S1413-8123200400030001400019&lng=pt&pid=S1413-81232004000300014>>. Acesso em: 15 fev. 2015.

SILVA, J. A. M. da; PEDUZZI, M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde e Sociedade** [online], v.20, n.4, p.1018-1032, out.-dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400018>. Acesso em: 23 ago. 2014.

TESSER, C. D., et al. Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v.16, n.11, p. 4295-4306, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 ago. 2014.



➤ **AVALIAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE APERFEIÇOAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Rosana Aparecida Brito Ribeiro
Lucila Brandão Hirooka

APRESENTAÇÃO

O presente capítulo é resultado de trabalho realizado no contexto do Curso de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde, organizado por meio de parceria entre o Ministério da Saúde (UNA-SUS), a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esta, por sua vez, estabeleceu novas parcerias com universidades paulistas, que se associaram a esse empreendimento. As autoras participaram do mencionado curso por seu engajamento no Segundo Ciclo de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), nos papéis, respectivamente, de avaliadora e supervisora das equipes de campo de duas regiões distintas do estado de São Paulo. Receberam a orientação, nessa redação, da Coordenação Pedagógica Macro Regional desse curso, docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. As experiências, reflexões teóricas e interações das autoras, com formação nas áreas de enfermagem e odontologia, foram aqui tecidas por meio da adaptação do portfólio apresentado como trabalho de conclusão do curso.

O presente capítulo se estrutura em quatro partes: A primeira trata da trajetória profissional da primeira autora, buscando preservar a singularidade da sua inserção no PMAQ e no curso de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde, razão pela qual preserva sua redação de forma mais pessoal. A segunda parte aborda o processo de trabalho das equipes da Estratégia de Saúde da Família e a percepção das autoras, no contexto do PMAQ. A terceira envolve a avaliação em saúde e apresenta a proposta do PMAQ. Ao final, algumas considerações dos autores sobre a elaboração do portfólio e o tema avaliação em saúde.

NARRATIVA DA TRAJETÓRIA E APRENDIZAGEM

Após ter cursado o ensino médio (Curso Habilitação Específica para o Magistério), fiz um curso superior de licenciatura em Ciências,

ingressando assim como professora em uma escola estadual de São Paulo. Posteriormente ingressei novamente na universidade e concluí em 2011 a graduação em Enfermagem, curso que optei por achar muito importante trabalhar com o cuidado em saúde. No ano de 2013 concluí a pós-graduação em Saúde Coletiva e participei como avaliadora em 2014 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Os temas abordados no curso de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde proporcionaram um aprofundamento em alguns assuntos anteriormente estudados na pós-graduação, trazendo novos aprendizados e assumindo um papel de orientação e direcionamento durante minha participação no PMAQ.

Durante o trabalho de campo das avaliações externas do PMAQ, o curso auxiliou a compreender o que é a avaliação de serviços, como deve ser realizada, qual postura deve ser adotada, como os dados devem ser coletados, quais são os agentes participantes, como o instrumento de coleta de dados deve ser utilizado e quais as questões a serem abordadas. A experiência vivenciada como avaliadora me proporcionou ter contato com profissionais que prestam assistência em saúde, avaliar esta assistência tão essencial para promoção, prevenção e recuperação da saúde e me fez ver na prática a importância da atuação dessas equipes de saúde na Atenção Básica.

O PMAQ se apresenta como uma das principais estratégias para induzir a qualidade em saúde, por meio da avaliação da atenção básica. Está dividido em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. A minha participação neste programa foi durante a terceira fase, e como havia cursado uma especialização em saúde coletiva não encontrei dificuldade nesta atuação. A etapa de avaliação externa foi realizada por meio de um instrumento dividido em módulos. Os módulos abordaram a Observação na Unidade Básica de Saúde, que objetiva analisar as condições de infraestrutura, materiais e insumos e medicamentos; a Entrevista com o profissional da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos, que objetivam obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários; e a Entrevista com o usuário, que visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde, no que se refere ao seu acesso e utilização.

Avaliar consiste em interpretar e julgar uma intervenção, ação, fornecendo informações, comparando a situação atual, vivenciada,

com um padrão pré-estabelecido, com o objetivo de que os atores envolvidos façam uso da avaliação como instrumento norteador da tomada de decisão, gerando maior qualificação nos serviços prestados (TE-NÓRIO; LOPES, 2010). Neste sentido, a avaliação de serviços em saúde é essencial para melhoria da qualidade dos serviços, por possibilitar a identificação de dificuldades, limitações, avanços e estimular o aperfeiçoamento das ações e serviços prestados em uma unidade de saúde.

O curso de especialização de Avaliação de Serviços de Saúde, concomitante à atuação como avaliadora no PMAQ, propiciou um grande aprendizado pessoal. O aprofundamento sobre esse tema, essencial no sistema de saúde, contribuiu significativamente para meu crescimento como profissional na área da saúde, uma vez que a avaliação em saúde tem uma dimensão reflexiva, constituindo-se não só como um instrumento que serve como indicador da qualidade em saúde, mas que porta o potencial de nos fazer refletir sobre nossa própria prática e os significados que ela enseja.

PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da Atenção Básica, seja da Saúde da Família ou outras formas de organização, deve seguir as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando um processo singular e progressivo que considera as especificidades locoregionais (BRASIL, 2012). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como propósito reorganizar a prática da Atenção Básica, buscando superar o modelo tradicional caracterizado por uma assistência à saúde médico-centrada com enfoque curativista, para um modelo mais abrangente, centrado no usuário em família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2005).

Para o redirecionamento do modelo de atenção, fica clara a necessidade de transformação contínua do processo de trabalho das equipes, exigindo dos atores envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (BRASIL, 2012). Entende-se por “processo de trabalho” o modo como são desenvolvidas as atividades profissionais, o modo como é realizado o trabalho. Pode-se dizer que o trabalho, em geral, é o conjunto de procedimentos pelos

quais os homens atuam, por intermédio dos meios de produção, sobre algum objeto para, transformando-o, obterem determinado produto que pretensamente tenha alguma utilidade (FARIA et al., 2009).

O processo de trabalho das Equipes da Saúde da Família é caracterizado, dentre outros fatores, pelo trabalho interdisciplinar e em equipe, com a valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, e pela participação no planejamento, monitoramento e a avaliação das ações, visando à readequação frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2010; BRASIL, 2012). O trabalho em equipe favorece o enfrentamento da intensa especialização na área (PAVONI; MEDEIROS, 2009) e amplia a visão do processo de saúde, envolvendo diferentes saberes no processo de trabalho e intervindo para além do âmbito individual e clínico, na família e nas condições socioambientais da comunidade atendida (MACIEL et al., 2007). Torna-se elemento fundamental no processo de trabalho, considerando que na ESF a resolução dos problemas deve extrapolar os limites de intervenção clínica e oferta (LACERDA; MAGAJEWSKI; MACHADO, 2010), devendo abranger o conhecimento das condições de vida, dos determinantes e dos condicionantes de saúde individual e coletiva, na perspectiva de busca de melhor qualidade de vida para a população (MACIEL et al., 2007).

Sendo assim, a proposta da ESF determina a necessidade de conhecer como estão ocorrendo os processos de trabalho, como os profissionais de saúde estão organizando o trabalho diário, bem como, averiguar se há integração no planejamento e realização das atividades (PAVONI; MEDEIROS, 2009). A ESF, apesar de um pouco aquém às práticas que lhe foram propostas, segue se aprimorando com ajustes e críticas. Cabe a esta proposta de modelo de atenção à saúde a elaboração de métodos e tecnologias que analisem os problemas existentes e que propiciem uma mudança de posição interferindo diretamente no cuidado, promoção e proteção de saúde individual e coletiva, a construção do novo através de processos de auto avaliação e avaliação do trabalho (SOUZA; ABRAHÃO, 2010).

Neste contexto, o Ministério da Saúde propôs, em 2011, o PMAQ, que tem como uma de suas diretrizes estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários (BRASIL, 2011). O PMAQ está estruturado em quatro fases:

Adesão e Contratualização; Desenvolvimento; Avaliação Externa e Recontratualização (BRASIL, 2011). A fase de Avaliação Externa, na qual nos inserimos como avaliadora e supervisora, consiste em um conjunto de ações com a finalidade de averiguar as condições de acesso e de qualidade das equipes de atenção básica participantes do Programa, conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos.

A atividade desenvolvida pela equipe de Avaliação Externa foi a coleta de dados e análise de documentos para avaliação das equipes de Estratégia de Saúde da Família, realizada através de um questionário, instrumento utilizado para comparar se o processo de trabalho está de acordo com o padrão pré-estabelecido, servindo como ferramenta norteadora para verificar se as metas propostas estão sendo alcançadas. O trabalho de campo foi realizado com equipes com uma média de dez avaliadores e um supervisor. As visitas às unidades básicas de saúde eram pré-agendadas e ao chegar às mesmas, na grande maioria dos casos, já havia uma organização prévia para a realização das entrevistas, sendo realizado um trabalho conjunto entre a gerência, os profissionais e os agentes comunitários de saúde. Um dos pontos positivos observado foi o comprometimento das equipes de saúde com o processo de avaliação. Ocorreram alguns pontos negativos como profissionais despreparados para a entrevista, desorganização da documentação ou ainda usuários que não aceitaram participar da entrevista, porém, estes pontos não comprometeram o desenvolvimento do trabalho.

Durante a avaliação externa houve a percepção de que o processo de trabalho de muitas equipes de saúde da família envolve o olhar multidisciplinar sobre os problemas de saúde evidenciados na população assistida, uma visão ampliada sobre o usuário e todo o contexto no qual o mesmo está inserido (família, sociedade, trabalho), análise dos problemas em reuniões de equipe, fornecendo suporte para superação dos problemas. Entre os aspectos negativos estão número de equipes implantadas insuficientes para atender a população, sobrecarga de trabalho para as equipes, divisão inadequada de tarefas, problemas nas relações interpessoais, entre outros. O processo de trabalho em equipe propõe integração entre profissionais de várias formações, desenvolvimento de atividades visando resultados em comum.

Ao aderir ao PMAQ as equipes de ESF deveriam pactuar alguns compromissos e muitas ou a maioria das equipes já haviam passado

pela auto avaliação, proposta na fase de Desenvolvimento, que aponta dificuldades a serem superadas, então, vários problemas, tinham sido previamente sanados. Alguns problemas ainda foram verificados durante o processo de coleta de dados como algumas equipes incompletas, dificuldade em comunicação com a rede de atenção à saúde, apoio institucional inadequado. Estas impressões não fogem ao que já fora apontado na literatura, como no estudo de Santos Filho (2007), o qual elenca alguns problemas presentes na ESF: equipes incompletas, gerando sobrecarga de trabalho; alta rotatividade de profissionais principalmente dos médicos generalistas; dificultando a continuidade dos trabalhos iniciados; falta de comunicação e troca entre os diferentes níveis da rede; falta de compreensão de fluxos e protocolos, dificultando um adequado referenciamento e contra-referenciamento.

Nesse sentido, é importante que o apoiador institucional trabalhe com as demandas dos sujeitos e ofereça temas relevantes para discussão, ajudando as equipes a aumentarem sua capacidade analítica e de intervenção na realidade em que atuam. Agregam-se no trabalho de apoio institucional recursos pedagógicos, analíticos e políticos (SANTOS FILHO, 2007). No cotidiano do trabalho das equipes multiprofissionais, observa-se que muitas vezes o processo de trabalho limita-se a alcançar as metas numéricas e procedimentos pré-determinados, sem a devida reflexão acerca da qualidade do serviço prestado (PAVONI; MEDEIROS, 2009). Alguns pontos negativos podem ser observados no processo de trabalho das equipes multidisciplinares, porém, através do processo de avaliação, estes aspectos são apontados para que possam ser sanados na perspectiva de melhoria das práticas da Atenção Básica.

Por meio das entrevistas realizadas enquanto equipe de avaliação do PMAQ foi possível conhecer como se dá o processo de trabalho das equipes de saúde. Dentro desse processo, a avaliação proporciona uma auto reflexão da equipe e dos profissionais e conduz a uma análise crítica, o que facilita o desenvolvimento de mudanças significativas, tanto no ambiente de trabalho dos profissionais da saúde quanto no cotidiano da população assistida.

REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE A AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE ENQUANTO FERRAMENTA DE FORTALECIMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Avaliar consiste em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações

cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos se posicionarem e construir um julgamento capaz de ser traduzido em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006). A avaliação de serviços de saúde é uma ferramenta de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois propicia a reflexão crítica, contínua e sistemática, que possibilita intervir no desenvolvimento de um programa, determinando seus efeitos, resultados ou conquistas.

A avaliação em saúde se configura como um instrumento para implementação da universalidade e equidade dos serviços de saúde. O ato de avaliar, mesmo caracterizando-se como uma interpretação que envolve poder, deverá ser construído coletivamente, assentado em compromissos públicos pactuados dinamicamente. A avaliação é um procedimento crítico-reflexivo, contínuo e sistemático que pressupõe a constante vigilância e acompanhamento de seus indicadores, traduzindo-se em ações rotineiras, planejadas a partir da realidade que se pretende analisar para modificar (BRASIL, 2004a). A avaliação de serviços de saúde está presente em todos os âmbitos do SUS, na Atenção Básica (AB) e Equipes de ESF.

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, realizada através do trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinâmica em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (BRASIL, 2012).

Atendimento de qualidade na atenção básica deve ser a realidade encontrada no sistema de saúde e devem nortear a busca por padrões mais adequados de assistência. O enfoque tradicional mais utilizado para avaliar a Atenção Básica é proposto por Donabedian, que permite uma abordagem normativa, está focado nos conceitos da administração clássica de eficiência, eficácia e efetividade, definir

estratégias, critérios e padrões de medição de qualidade. Para medir o nível de qualidade alcançado devem ser comparadas e analisadas as informações a partir das dimensões de estrutura, processo e resultado, a partir de parâmetros previamente estabelecidos. A avaliação, segundo esses critérios, permite um juízo de valor sobre o nível de qualidade alcançado, os problemas e as falhas, trazendo a necessidade de buscar estratégias para sua melhoria ou correção dos aspectos não satisfatórios (CAMPOS, 2005).

A avaliação em saúde é utilizada para melhoria da qualidade e não deve ser entendida como finalizada em si mesma, mas uma oportunidade de mudança, acompanhada por propostas que busquem implementar essa mudança (CAMPOS, 2005). A melhoria da qualidade é um processo contínuo, no qual a avaliação é essencial e leva ao diagnóstico das deficiências em comparação com parâmetros pré-estabelecidos, a definição de objetivos e metas, a implementação de ações e o retorno à avaliação após prazo determinado. Para que um programa de melhoria contínua da qualidade cumpra seus objetivos é necessário que o mesmo possa provocar mudanças concretas, definir os responsáveis pelas ações, disponibilizar o alcance a uma decisão superior que venha a proporcionar as condições que possam não estar ao alcance da equipe, de forma a facilitar a melhoria da qualidade (CAMPOS, 2005).

A qualidade em saúde é uma completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde, ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas. O propósito da avaliação não é provar, mas garantir a melhoria, é uma ferramenta para aprimorar os programas com vista a responder as necessidades dos beneficiários, se avalia com um claro sentido utilitário e prático para garantia da qualidade (SERAPIONI, 2009).

Os usuários dos serviços de saúde nem sempre tem a real noção do que realmente precisam, é, portanto, necessário incluir, junto à opinião do paciente, uma definição profissional de necessidade, levando em consideração que uma avaliação não deve ser baseada somente na subjetividade do paciente, mas também em fatores objetivos. Entre os fatores fundamentais no processo de avaliação da qualidade estão a qualidade avaliada pelo usuário, qualidade profissional e gerencial, essas dimensões correspondem aos mais importantes grupos de interesse, cujas perspectivas devem ser integradas para especificar a qualidade de um serviço (SERAPIONI, 2009). A avaliação é parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. A avaliação pode

ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização, ou interna, se realizada pela própria organização. O Ministério da Saúde dispõe de programas que contemplam a avaliação em saúde.

Desde 1998, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) e a partir de 2004, o Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC), optou por reformar o programa e torná-lo mais amplo e o mesmo passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS) que tem como objetivo avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, buscando a compreensão mais complexa e abrangente possível da realidade dos mesmos, em suas diferentes dimensões, avaliando a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados aos riscos, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (BRASIL, 2004b).

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) é um programa que visa avaliar o desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios que são universalidade do acesso, integralidade da atenção, equidade e das diretrizes que são regionalização, hierarquização, comando único por esfera de gestão e responsabilidade tripartite, a partir de indicadores calculados com dados dos sistemas de informações nacionais (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Quanto à avaliação do acesso e satisfação aos serviços e ações de saúde no SUS, por meio de entrevista direta com os cidadãos brasileiros, conta-se com alguns dados periódicos (a cada cinco anos) da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Suplemento Saúde (PNAD Saúde), do IBGE, que está sendo reformulada para constituir a Pesquisa Nacional de Saúde (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

O PMAQ tem como propósito a ampliação da oferta qualificada dos serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). A primeira fase do PMAQ consiste na adesão ao programa. Ocorre mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes de atenção básica e os gestores municipais e desses com o Ministério da Saúde. A segunda fase é o momento de desenvolvimento das estratégias relacionadas aos compromissos com a melhoria do acesso e da qualidade. É estruturada em quatro dimensões consideradas centrais na indução dos movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado e são a auto avaliação,

monitoramento, educação permanente e apoio institucional (BRASIL, 2011). A auto avaliação é o ponto de partida nesse processo, é um dispositivo de reorganização da equipe e da gestão, proporcionando a autoanálise, identificação dos problemas, formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho (BRASIL, 2011).

A terceira fase consiste na avaliação externa, onde será realizado um conjunto de ações para averiguar, através de visitas às unidades de saúde, um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos, até questões ligadas ao processo de trabalho, verifica as condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes de atenção básica participantes do programa (BRASIL, 2011).

As informações coletadas serão analisadas por métodos complementares com instrumentos específicos para gestão municipal, Unidade Básica de Saúde, equipe de atenção básica e usuários. Estão contemplados ao longo do instrumento, aspectos importantes das prioridades da Política Nacional de Atenção Básica, tais como: saúde da mulher, saúde da criança, saúde bucal, saúde mental, atenção às doenças crônicas, Programa Saúde na Escola, atenção domiciliar, práticas integrativas e complementares e atenção às doenças negligenciadas (BRASIL, 2011).

A quarta e última fase do programa é a reconstrução com a gestão municipal e equipes de atenção básica, a partir das realidades evidenciadas durante a avaliação externa. Os processos avaliativos na atenção básica devem ser contínuos e permanentes, constituindo-se como uma cultura internalizada de monitoramento e avaliação pela gestão, coordenação e equipes profissionais (BRASIL, 2011). O IDSUS, PNASS, PMAQ e as pesquisas de satisfação do usuário buscam dar sinergia a um complexo sistema de avaliação que tenta contemplar as principais diretrizes do SUS.

Durante a participação na fase de Avaliação Externa do PMAQ foi possível perceber que a avaliação em saúde consegue sinalizar inúmeros problemas e potencialidades existentes nos serviços de saúde. De acordo com relatos de profissionais entrevistados, ocorreram melhorias tanto na organização como na documentação adequada das atividades desenvolvidas e planejamento do que ainda necessita ser realizado. No entanto, para alguns profissionais o processo avaliativo configura-se como um método de cobrança, embora uma grande parte já o visualiza como um agente auxiliador de mudanças, visando melhorias na qualida-

de do cuidado. Quanto aos usuários dos serviços de saúde, percebemos durante a condução das entrevistas, que os mesmos utilizam o trabalho avaliativo como instrumento para pontuar suas insatisfações, visando possíveis mudanças para que suas necessidades sejam supridas.

Como já exposto, a avaliação em saúde é um instrumento de grande importância, fazendo um julgamento de valor a respeito de uma intervenção, com o objetivo principal de auxiliar na tomada de decisão. É um processo educativo-participativo, o qual acompanha os progressos e corrige os desajustes e rumos, podendo fortalecer o sistema de saúde, construindo saberes e práticas, modificando contextos e proporcionando suporte para que atenção em saúde cumpra seu papel pautado na integralidade, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde, garantindo a qualidade de vida da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de um trabalho de conclusão de curso no formato de portfólio foge dos padrões tradicionais, constituindo-se, assim, um desafio sobre a metodologia de formulação. O portfólio é uma coleção das produções do aluno, as quais demonstram as evidências de suas aprendizagens. É utilizado para acompanhamento do progresso, das dificuldades e das conquistas. Ele questiona, critica, reflete, formula e reformula. Estimula o pensamento reflexivo, permitindo o registro e a documentação da própria aprendizagem. Retoma as dificuldades e os mecanismos de superação e permite ao educando conhecer o seu processo de crescimento profissional.

A temática do curso, que é a avaliação em saúde, é de grande importância para a melhoria do sistema de saúde, que ainda está aquém na garantia de todos os seus princípios e diretrizes, pois é uma ferramenta essencial na mudança deste cenário, para que possamos caminhar rumo a um sistema de qualidade que atenda as reais necessidades da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Saúde da Famí-**

lia: avaliação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Brasília,DF, v. 4, n. 4, p. 449-459, out./dez., 2004a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n4/a14v04n4.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004b.

_____. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jul. 2011.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 5, p. 563-69, 2005. Suplemento 1.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 705-11, 2006.

FARIA, H.P. et al. **Processo de trabalho em Saúde.** 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

LACERDA, J.T.; MAGAJEWSKI, F. R. L.; MACHADO, N.M.V. **Processo de trabalho e planejamento na Estratégia Saúde da Família.** Florianópolis, 2010. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/191?show=full>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

MACIEL, R.H.M.O. et al.. **O Multiprofissionalismo em saúde e a interação das equipes do Programa de Saúde da Família:** relatório final. Fortaleza: Observatório de Recursos Humanos em Saúde: Estação CETREDE/UFC/UECE, 2007. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/CETREDE/Multiprofissionalismo_saude.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2018.

PAVONI, D.S.; MEDEIROS, C.R.G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 62, n. 2, p. 265-271, mar./abr., 2009.

REIS, A.T.; OLIVEIRA, P.T.R.; SELLERA, P.E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **RECIIS – R. Eletr. De Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio e Janeiro, v. 6, n.2, ago. 2012. Suplemento. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/543/1185>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

SANTOS FILHO, S.B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev. Crítica Ciênc. Soc.*, Lisboa, v. 85, p. 65-82, 2009.

SOUZA, R.F.; ABRAHÃO, A. L. Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Labor**, Fortaleza, v. 3, n. 1, p. 82-95, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/labor/article/view/9291/7481>. Disponível em: 18 jan. 2018.

TENÓRIO, R.M.; LOPES, U.M. (Org.). **Avaliação e gestão: teorias e práticas**. Salvador: EDUFBA, 2010.



O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UM AVALIADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Priscila Araújo Evangelista⁵¹

Lucila Brandão Hirooka⁵²

APRESENTAÇÃO

O presente capítulo deriva das reflexões sistematizadas no portfólio elaborado no encerramento do Curso de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde, organizado por meio de parceria entre o Ministério da Saúde (UNA-SUS), a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que por sua vez agenciou encontros com universidades paulistas para a execução desse curso.

As autoras exerceram, respectivamente, os papéis de avaliadora e supervisora de campo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), nos trabalhos de avaliação externa desenvolvidos em região do estado de São Paulo. Aqui ficam registradas as experiências, reflexões teóricas e interações desses profissionais, com formação nas áreas de enfermagem e odontologia.

A respeito das partes que irão seguir, o primeiro texto consiste em uma apresentação pessoal, narrando a trajetória de construção profissional que conduziu a primeira autora à função de avaliadora do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), mantendo a singularidade das suas experiências. Em seguida as autoras discutem o processo de trabalho em serviços de atenção básica a partir das vivências do trabalho de campo do PMAQ. O capítulo segue com uma apresentação das potencialidades dos processos avaliativos nos serviços de saúde, com enfoque no PMAQ e contexto da Atenção Básica e, finalizando o trabalho, há uma reflexão a respeito das possibilidades que a avaliação de serviços traz para o local que vivencia o processo contínuo de avaliação.

⁵¹ Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP, priscila.evangelista@usp.br.

⁵² Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde, Mestre e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP/USP, lucilabh@usp.br.

APRESENTAÇÃO PESSOAL E IMPRESSÕES ACERCA DA FUNÇÃO DE UM AVALIADOR

Sou Priscila Araújo Evangelista, avaliadora do PMAQ no ano de 2014. Minha formação de base, bacharel em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, somada a minha especialização em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo, permitiram vivenciar a experiência como avaliadora nas Unidades Básicas de Saúde de um modo singular, visto que sempre me colocava no lugar do profissional para compreender o processo de trabalho que estava sendo instalado ali.

A escolha pela enfermagem se deu ao acaso: tive a infelicidade de ficar algumas semanas internada em um hospital a fim de recuperar minha saúde, mas pude compreender o trabalho que era realizado pela enfermagem e me apaixonei pela profissão. A saúde coletiva surgiu como uma possibilidade de devolver a população o que foi gasto na minha formação, visto que cursei uma universidade pública, além de ser algo que eu acho muito prazeroso, pois é um trabalho muito cheio de vida e dinâmico.

A experiência vivida como avaliadora de serviços de saúde, dentro das Unidades Básicas de Saúde, foi bastante nova e, por essa razão, foi muito importante para esclarecer as funções e competências que um avaliador deve apresentar no momento de realizar o seu trabalho, até porque o resultado da avaliação irá impactar diretamente sobre a equipe de saúde, que por sua vez, reflete a assistência que está sendo proporcionada à população daquele local.

O avaliador tem em suas mãos um papel que exige atenção, responsabilidade e compromisso: atenção para que seja operacionalização da aplicação dos critérios de avaliação, sobretudo na observação de documentos comprovarios, sendo crucial que este, além de apontar o problema existente, saiba também orientar o profissional avaliado a melhorar o que não está no nível esperado. A responsabilidade requer imparcialidade e justiça, para que o trabalho de avaliação inspire confiança no avaliado, de forma para que este saiba que sua “nota” foi realmente a merecida.

O compromisso, que deve existir em qualquer atividade profissional exercida, no caso do avaliador, está principalmente ligado à realização de uma avaliação que seja um reflexo verdadeiro do que foi encontrado no serviço de saúde, até porque a atividade em campo irá

representar, para o serviço, uma verba adicional que serve de incentivo às melhorias do atendimento que é ofertado para a população. As experiências que foram geradas com a minha participação no PMAQ, são citadas e utilizadas por mim no meu trabalho atual, visto que sou professora em uma universidade particular de São Paulo. Problematisações e resoluções sempre são lembradas e abordadas por mim em sala de aula como meio de capacitar melhor meus alunos, uma vez que alguns serão futuros trabalhadores da Atenção Básica de Saúde.

ANÁLISE SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE COLETIVA

O trabalho em saúde, antes de qualquer planejamento ou execução de uma estratégia, deve consistir em um trabalho realizado por diferentes categorias profissionais. Denominamos equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tanto a equipe mínima do Programa de Saúde da Família – enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agente comunitário – quanto a equipe de saúde bucal – cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal. A compreensão de cada indivíduo a respeito de sua função específica dentro da equipe é o primeiro passo para que o processo de trabalho em saúde seja bem realizado (SAAR; TREVIZAN, 2007).

Tendo em vista que a divisão das atividades está acontecendo de maneira harmoniosa, os processos que essa unidade composta por diferentes profissionais, devem se atentar aos dados epidemiológicos da população assistida, fazendo o devido levantamento, por exemplo, do número de gestantes, idosos, menores de dois anos, tuberculosos, entre outros, além dos recursos que existem para atender a população, a fim de ser analisada a estrutura encontrada para resolver o trabalho (DONABEDIAN, 1990). Ainda segundo Donabedian (1990), deve ser observado o processo de trabalho, que consiste nas atividades realmente realizadas junto à população assistida, tais como consultas, visitas domiciliares, grupos e outras, sendo que, após a realização das atividades, será necessária a avaliação dos resultados para que se tenha a real noção do que está sendo efetivo, do que deve ser remodelado e do que é uma demanda nova de cuidados que precisa ser estudada e suprida.

Durante o trabalho de campo da fase de Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ) pudemos observar que o processo de trabalho envolve uma boa noção de “espaço” nas diferentes categorias profissionais, ou seja, o médico reconhece seu papel dentro da equipe e respeita os papéis dos demais, assim como o en-

fermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, cada qual age em suas competências, respeitando a função do outro.

Foi possível observar, ainda, uma evidente diferença entre as dinâmicas de trabalho das equipes avaliadas, pois mesmo com a maioria tendo bem definido o papel de cada componente, algumas funcionavam como um sistema hierárquico, tendo o médico acima de todos, seguido da enfermeira, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários. Outras funcionavam como uma unidade linear, onde cada qual se percebia com singular importância para o bom seguimento do trabalho. Com o pouco tempo de convívio com as equipes e a diversidade de fatores envolvidos, não foi possível diferenciar a qualidade do trabalho dos diferentes modelos. No entanto, pelo menos aparentemente, o ambiente de convivência entre os profissionais se diferenciava em um ambiente mais tenso (hierárquico) ou mais descontraído (linear), influenciando na qualidade do processo de trabalho.

Cabe aqui a discussão feita por Campos (2000) sobre campo e núcleo de saberes e de práticas da saúde coletiva: o núcleo, caracterizado pela área de saber e de prática profissional, e o campo, como um espaço de limites imprecisos, no qual cada disciplina busca apoio para responder às demandas que se apresentam no seu cotidiano profissional.

Apesar do prescrito para as equipes da ESF, o trabalho interdisciplinar em saúde permanece um desafio, face à predominância da fragmentação do conhecimento, mantenedoras do isolamento e das relações de poder entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços, que inviabilizam o trabalho em equipe para uma atenção à saúde mais integral e resolutiva (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2008). O campo comum da ESF é o espaço do compartilhamento, da socialização de práticas e saberes entre os diversos profissionais que integram a Atenção Básica, constituído por acúmulos teórico-práticos não exclusivos das categorias da saúde, mas também por outros campos do conhecimento, como a educação e assistência social. Apesar das inúmeras barreiras existentes, saberes e práticas estão sendo compartilhados nas equipes, motivados pela necessidade de responder às complexas situações vivenciadas no cotidiano profissional (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013).

Em relação à centralidade da atuação do médico no processo de trabalho nas Unidades Básicas de saúde, Moretti-Pires (2009) alerta que esse modelo se organiza de forma verticalizada e não permite atuação em equipe, uma vez que o trabalho dos demais profissio-

nais se estabelece a partir da primeira categoria, divisão do trabalho própria da lógica da especialidade e do trabalho uniprofissional, não havendo compromisso do médico com um resultado integrado e integrador junto aos demais profissionais.

Se tratando ainda da avaliação em campo, o trabalho do PMAQ foi, na maior parte das vezes, bem recebido pelos profissionais de saúde que foram entrevistados. Muito embora as reações frente ao processo de avaliação tenham sido as mais diversas, tais como nervosismo, apreensão inicial e ansiedade, a maior parte dos profissionais, se não todos, demonstrou comprometimento em expor suas atividades, fossem elas satisfatórias ou com potencial para melhorias. O comprometimento em conjunto com a responsabilidade frente aos futuros resultados da avaliação indica que há grandes possibilidades de melhora assistencial à população.

Em paralelo à recepção dos profissionais de saúde ao PMAQ, vale ressaltar que os usuários entrevistados também mostraram comprometimento com a avaliação. Os usuários, diferentemente dos profissionais, acabavam sendo surpreendidos com a possibilidade de se posicionar em uma avaliação de qualidade da Unidade Básica de Saúde que são acompanhados, alguns chegaram a agradecer o interesse em saber como está o cuidado. O contato com os usuários mostrou que a população aponta os problemas com clareza, mas sinalizando possíveis ações para melhorar, o que aponta para a potencialidade da participação popular nos processos decisórios.

Voltando o foco para a assistência de qualidade, segundo o modelo donabedian, as etapas podem ser observadas em diversas equipes, mas com um grau de distorção, isso porque, já na estruturação, há um engessamento das necessidades que devem ser atendidas - preconizadas pelo Ministério da Saúde - que demandam muito trabalho, dificultando os profissionais de expandirem as intervenções de acordo com a demanda local.

Para melhor compreensão, podemos dizer que a distorção se dá quando paramos para observar o padrão encontrado, esse deveria seguir o princípio do regionalismo, tornando a atenção à saúde que ocorre na atenção básica cada vez mais específica para determinada população, respeitando os hábitos e demandas de cuidados singulares da população atendida na área de abrangência. Apesar disso, por mais que os arranjos para garantir a assistência atendam mínima-

mente as especificidades locais, há um estreitamento das possibilidades uma vez que já existem os focos pré-determinados de assistência.

A predeterminação dos focos assistenciais é ditada pelo Ministério da Saúde, como já foi exposto previamente, com as áreas que obrigatoriamente devem ser assistidas pelos profissionais: saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, doenças transmissíveis, doenças crônicas, saúde bucal e promoção da saúde (BRASIL, 2012a). Sendo assim, o engessamento ocorre mesmo com o incentivo à implantação de intervenções locais, com pouca abertura para necessidades de saúde que não se enquadram nesses segmentos, ou ainda a cobrança por uma atividade que não seja compatível com a realidade local.

O engessamento também segue na etapa seguinte, pois as ações serão resultado do que apareceu como prioridade no início. É interessante dizer que o trabalho que é realizado é bastante importante e válido, no entanto, acaba caindo no mesmo molde, que muitas vezes já geraram desgaste na população. Um exemplo para tal seria a criação de grupos direcionados a usuários hipertensos e diabéticos, com assuntos abordados sempre da mesma maneira, fazendo com que os participantes do grupo percam o interesse a longo prazo, reduzindo a efetividade da ação. Se realmente fosse vivenciada a experiência de se criar uma ação mais regionalizada, as atividades ocorreriam de modo a ser mais interessante a população atendida, tornando a ação mais interessante aos pacientes, logo, mais efetiva.

Acredito que ainda temos muito a fazer pela atenção primária até porque a prevenção bem realizada é algo que tem potencial para melhorar a vida da população. Além de economizar recursos públicos que são gastos todos os anos com tratamentos realizados em pacientes com complicações decorrentes de problemas de saúde que não foram prevenidos de maneira eficiente, mas realizar a avaliação do quadro atual, como está sendo realizada pelo PMAQ. É um excelente primeiro passo para isso, mas ainda é apenas o primeiro passo (ZUCCHI; NERO; MALK, 2000).

AValiação DE SERVIÇOS E SUAS POSSIBILIDADES NA ATENÇÃO BÁSICA

Podemos dizer que o Sistema Único de Saúde (SUS), criado com a promulgação da Constituição Brasileira de 1988, traz em seu conteúdo a saúde como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. É regulamentado por Leis Orgânicas (Lei nº 8.080 e Lei nº 8.142, ambas de 1990) e norteado pelos princípios e diretrizes de universalidade

e integralidade da atenção, descentralização político-administrativa e controle social (BRASIL, 1990a, 1990b). No entanto, em um país com extensão continental, dificuldades de financiamento e de gestão, além de uma cultura arraigada de complacência com desmandos políticos e corrupção, tornou-se corriqueiro encontrar locais onde a saúde pública seja prestada de maneira precária. Entretanto, é possível encontrarmos bons exemplos de funcionamento de serviços de saúde, estruturados para a produção do cuidado qualificado.

Ouvir falar que o SUS não funciona é algo bastante comum. No entanto, esse discurso é vago, visto que a maior parte das pessoas não se preocupa em procurar embasamento para entender sua estrutura de funcionamento, além de, dificilmente, apresentarem possíveis soluções para os problemas vivenciados. Assim, os processos de avaliação de serviços de saúde se constituem como uma possibilidade de adequação de estratégias para o melhor funcionamento do SUS.

A avaliação da qualidade em um serviço de saúde pode ser considerada como uma forma de determinar o sucesso dos profissionais de saúde em prestar cuidados à população assistida, sendo ainda um instrumento de vigilância contínua, para que sejam detectadas as falhas de maneira precoce, com devidos reajustes e correções (DONABEDIAN, 1990). Trazendo a consideração deste autor para as ações do SUS, a avaliação dos serviços possibilita o ajuste para que a assistência seja melhorada ao longo do tempo, sendo que a avaliação em si, nunca estará completamente finalizada.

Outra questão pertinente é o custo, mesmo com o gasto adicional decorrente do próprio processo de avaliação - tais como a contratação e capacitação dos avaliadores - adequar o serviço para as reais demandas de saúde da população, tornando a assistência mais efetiva, irá resultar em uma economia significativa, sobretudo com a avaliação na atenção primária de saúde, uma vez que os recursos serão utilizados de maneira melhor direcionada e específica, reduzindo o desperdício de verba em ações não resolutivas na prevenção, manutenção ou readaptação da saúde (DONABEDIAN, 1990).

Para Hartz (2002), a institucionalização da avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional, sendo capaz de influenciar o seu comportamento, como um modelo de orientação para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. Felisberto (2004) reforça essa

importância ao afirmar que institucionalizar a avaliação pode ser entendida como uma demanda interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas e/ou programas. O fomento da “cultura avaliativa” requer a qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando a associação das ações de monitoramento e avaliação necessárias ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos.

O Ministério da Saúde, ao criar o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde, acaba evidenciando que essa é uma maneira de fortalecer o SUS cada vez mais. Em sua página na internet, é possível encontrar que a avaliação é vista como meio de melhorar “eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade” (BRASIL, 2007).

A avaliação de serviços é uma ferramenta que irá representar, em longo prazo, o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, pois consolidará modelos assistenciais mais efetivos para manter a universalidade, integralidade, participação popular e descentralização. Esse processo será intensificado, ao passo que os profissionais que atuam diretamente na assistência, percebem as mudanças positivas acontecendo, assim como a população que, uma vez que percebe as melhoras, se sintam mais seguros e valorizados durante seu tratamento. A contínua capacitação dos profissionais avaliadores, também deve ser pontuada para que esses atuem de modo a facilitar o processo de readequação das atividades avaliadas.

A avaliação é uma grande possibilidade de ver o que está bom e o que precisa ser melhorado, mas teria seu potencial aumentado caso fosse viabilizada as trocas de experiências entre as Unidades Básicas de Saúde. Problemas enfrentados em comum, deveriam ser resolvidos em conjunto com outros que o vivenciam e com aqueles que já o superaram, facilitando a articulação entre o que está funcionando e auxiliando na consolidação de estratégias mais resolutivas para a população.

Considerando a importância dos processos avaliativos, o Ministério da Saúde propôs, em 2011, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) o qual situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde. O princi-

pal objetivo do programa é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com a busca contínua de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (BRASIL, 2012b).

A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde a partir dos dados do 1º ciclo de avaliações externas, foi analisada por Fausto et al. (2014). O estudo indicou que ainda persistem barreiras organizacionais para o acesso, a integração da APS à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre APS e atenção especializada. No entanto, as equipes atuam cada vez mais como porta de entrada preferencial. Segundo os autores, os dados provenientes do PMAQ possibilitam traçar um amplo panorama da Atenção Básica e da atuação das equipes em todo país.

SEIDL et al. (2014) analisaram a gestão do trabalho nas equipes participantes do PMAQ-AB no que se refere aos aspectos de qualificação, educação permanente, contratação, vínculo e carreira, a partir dos dados do 1º ciclo de avaliações externas. Os resultados mostram que, embora os municípios ofertem ações de educação permanente, a participação dos profissionais ainda é baixa, indicando a relevância de se investir em iniciativas que fortaleçam a participação e o comprometimento de forma articulada, considerando os interesses e necessidades dos trabalhadores. De acordo com os autores, são necessários esforços visando à desprecarização dos vínculos de trabalho, a implementação de planos de carreira, a formação e qualificação profissional e o fortalecimento da educação permanente.

Protasio et al. (2014) realizaram um estudo com os dados provenientes do 1º ciclo de avaliações externas do PMAQ com o objetivo de caracterizar a organização, a articulação e a assistência da rede de atenção à saúde no estado da Paraíba. Os autores apontam a fragilidade no sistema de referência e contrarreferência, no que se refere à articulação entre as instâncias gestoras e entre essas e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e entre as práticas clínicas, desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos. Segundo os autores, desenvolver ações pautadas na avaliação dos serviços, principalmente de forma ampla como o PMAQ, faz-se importante para dar suporte a uma análise crítico-reflexiva e induzir ações que aumentem a capacidade e o desempenho da ESF como porta de entrada do SUS.

De acordo com Fontenelle (2012), apesar das limitações e incertezas acerca do PMAQ, a avaliação sistemática da Atenção Básica tem o potencial de reafirmar a superioridade da Estratégia Saúde da Família. A inclusão das equipes de atenção básica de Unidades de Saúde tradicionais (parametrizadas), com a obrigatoriedade do Agente Comunitário de Saúde, deverá induzir essas equipes a ficar cada vez mais semelhante ao que preconiza a Estratégia Saúde da Família.

Analisando o método que foi utilizado nas avaliações externas propostas pelo PMAQ, sempre pensando no que pode ser melhorado, sentimos falta de um espaço para que, tanto a população atendida como os profissionais de saúde que prestam a assistência, pudessem expressar de modo mais livre suas impressões e, principalmente, as sugestões. Por mais que as perguntas norteiem a avaliação para as questões mais pertinentes para melhorar a qualidade, é importante deixar espaço para que novas questões sejam ouvidas e, quem sabe, incluídas no próximo questionário. Entretanto, considerando a extensão e complexidade envolvidas nesta fase, poderia ser proposto um aprofundamento local que envolvesse todos os atores envolvidos a partir das principais demandas apontadas pelo PMAQ.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A preocupação das autoridades governamentais da esfera federal em propor e criar as condições para se avaliar os serviços de Atenção Básica levaram à criação do PMAQ, caracterizando um grande investimento na melhoria da assistência prestada para a população como um todo. Essa potência deriva da possibilidade de que se identifiquem os aspectos que podem e devem ser readequados, contando com a participação ativa da equipe e a voz conferida aos usuários do SUS. Promover as mudanças necessárias pode contribuir de forma relevante para que os serviços de estructurem e melhorem os processos de produção do cuidado integral, ficando cada vez mais próximo das necessidades da população.

A capacitação do avaliador deve ser um foco sistemático de investimentos, dada à sua importância nesse processo, facilita para que as dificuldades sejam encaradas e solucionadas em conjunto. A avaliação de serviços de saúde é um processo e como tal, algo completamente realizado, mas uma construção permanente, visando à qualidade assistencial.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde**: resultado do processo avaliativo 2004-2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.

_____. Lei nº 8142, 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, DF, 28 dez. 1990b.

_____. Lei nº 8.080, 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 correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. **Ciência, Cuidado Saúde**, v. 7, n. 4, p. 530-536, out./dez., 2008.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Arch pathol lab med**, v.114, n.11, p. 1115-18, 1990.

ELLERY, A.E.L.; PONTES, R.J.S.; LOIOLA, F.A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-37, abr./jun.2013.

FAUSTO, M.C.R. et al.. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, 13-33, 2014. Edição especial.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Materno-Infantil**, v. 4, n. 3, p. 317-21, 2004.

FONTENELLE, L.F. Mudanças recentes na Política Nacional de Atenção Básica: uma análise crítica. **Rev. Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Florianópolis, v. 7, n. 22, p. 5-9, 2012.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 419-21, 2002.

MORETTI-PIRES, R. O. O médico para Saúde Coletiva no Estado do Amazonas: lacunas na formação, lacunas na atenção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n.3, p. 417-25, 2009.

PROTASIO, A. P. L. et al.. Avaliação do sistema de referência e contrarreferência do estado da Paraíba segundo os profissionais da Atenção Básica no contexto do 1º ciclo de Avaliação Externa do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 209-20, out. 2014. Edição especial.

SAAR, S.R.C.; TREVIZAN, M.A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 106-12, 2007.

SEIDL, H. et al.. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 94-108, 2014. Edição especial.

ZUCCHI, P; NERO, CD; MALK, AN. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.9, n.1-2, p.127-50, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902000000100010>



➤ **SINTOMA CONVERSIVO, NEUROSES ATUAIS E FENÔMENO PSICOSSOMÁTICO: O QUE O CORPO TEM A DIZER?**

Ingrid Porto de Figueiredo
Roseane Freitas Nicolau

Neste capítulo iremos discutir as afecções do corpo que são trazidas à clínica em função de não se apoiarem em referentes orgânicos tratáveis pelo campo da medicina, e que, paradoxalmente, comportam um sofrimento, mas também modos particulares de satisfação, conforme veremos. Nosso objetivo é abordar as manifestações sintomáticas marcando a diferença entre os fenômenos corporais que deram suporte a importantes avanços nas elaborações teóricas da psicanálise. Foi investigando o sintoma do corpo que não remetia a causas orgânicas que Freud inventou a psicanálise, descobrindo neles diferentes mecanismos psíquicos que se destacam como modos particulares da relação do sujeito com o seu corpo. Movidas por uma preocupação clínica relativa à operação analítica junto aos fenômenos psicossomáticos e aos sintomas corporais de um modo geral, propomos retomar os fundamentos dos estudos de Freud e, posteriormente, de Lacan, para discutir a importância de escutar a maneira como os sintomas se engendram para cada sujeito que busca uma análise.

Iniciamos com as construções freudianas em torno dos sintomas de conversão histérica, passando pela elaboração da noção de neuroses atuais e das enfermidades psicossomáticas em Lacan, visando apreender de que forma pode ocorrer uma escuta e o manejo na clínica com estes pacientes. Para tal, faz-se necessário demarcar a noção de corpo de que se trata nos fenômenos corporais que interessam a psicanálise.

Em psicanálise, quando falamos de corpo, afastamo-nos da noção do campo biológico e organicista e nos aproximamos do campo das pulsões. Sobre o conceito de pulsão, em *Pulsões e Destinos da Pulsão*, para Freud (1915a, 2004a), a pulsão é definida como um conceito-limite entre o somático e o psíquico e é constituída pelos seguintes elementos: a pressão, a meta, o objeto e a fonte. A pulsão não provém do mundo exterior e sim do próprio organismo, diferindo-se de um estímulo externo, do qual se pode fugir ou se prevenir e tem caráter endógeno e constante: isso significa que o sujeito, enquanto estiver vivo, nunca poderá escapar da pulsão. Segundo Freud (1915a, 2004a, p. 148), “a

meta de uma pulsão é sempre a satisfação, que só pode ser obtida quando o estado de estimulação presente na fonte pulsional é suspenso”. Referimo-nos a um corpo pulsional, erogeneizado, marcado pela linguagem, e, portanto, carregado de desejo. Para Freud (1926, 1996a), a manifestação sintomática é uma satisfação pulsional que vem substituir a satisfação original, através dos desvios próprios à pulsão, sendo colocado na mesma ordem de uma formação do inconsciente.

O SINTOMA CONVERSIVO

A conversão histérica é o modo de manifestação do sintoma que utiliza a via corporal para descarregar um afeto que foi desligado de uma representação causadora de desprazer para o eu, constituindo-se como uma saída para o conflito. Dessa forma, essa representação, incompatível com a consciência, desliga-se de sua energia e se descarrega sobre o corpo, o que demonstra uma equivalência entre o sintoma conversivo e o conflito recalçado.

Para entender o recalque, recorremos ao texto *O recalque*, em que Freud (1915b, 2004b) afirma tratar-se de uma operação psíquica estruturante para o sujeito, tendo a função de manter afastados da consciência conteúdos que possam causar desprazer ao aparelho psíquico. Como diz o autor: “[...] os sintomas neuróticos [...] são os derivados do recalçado que, por meio dessas formações sintomáticas, afinal conquistaram o acesso à consciência que antes lhes era negado [*versagt!*]” (FREUD, 1915b, 2004b, p. 180). Assim, o recalque é um modo de destino pulsional, além de ser, principalmente, um processo decisivo na divisão do sujeito pela barra da castração. A pulsão impedida de atingir o seu alvo pelas interdições externas, isto é, da cultura, produz um sintoma, como o sintoma conversivo histérico, a partir do retorno do recalçado, como um modo de satisfação substitutiva para a pulsão repelida pela consciência.

Na conversão histérica o corpo é afetado pelo inconsciente, implicando dizer que está em jogo não apenas um organismo, mas um corpo erogeneizado pela ação da linguagem, marcado pelo significante⁵³. Nesse caso, o corpo manifesta um sintoma que guarda consigo uma ligação com um conteúdo bloqueado pela barreira do recalque, constituindo-se como

⁵³ O significante possui primazia em relação ao significado e é esvaziado de sentido, de modo a comportar uma polissemia, ou seja, a possibilidade de várias significações. Um significante só assume uma significação em sua articulação com outro significante na cadeia. Em *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*, Lacan (1957, 1998a, p. 501) aborda de maneira mais detida o conceito de significante, a partir de Ferdinand de Saussure, e destaca: “o significante tem que responder por sua existência a título de uma significação qualquer.”

uma substituição para aquilo que não pode se manifestar a não ser dessa forma, caso contrário, causaria extremo desprazer ao aparelho psíquico.

Freud iniciou seus estudos sobre as histéricas no final do século XIX, quando a medicina se encontrava perdida diante dessas manifestações. Em 1888, o autor ressalta que o termo “histeria” é originário do grego *hysterá*, que significa útero, denotando, em estudos médicos, a sua relação com as mulheres. Em um momento mais remoto, no período medieval, a histeria estava relacionada às bruxas e às fogueiras, além de manter também relação com fenômenos de possessão demoníaca e exorcismos deles decorrentes. Para Freud, a histeria está ligada a relações de excitabilidade orgânica, o que indica dois aspectos nos seus estudos: um que diz respeito a uma visão fisiológica e outro, a uma visão nosográfica, que se coaduna com a busca por sintomas visíveis no indivíduo, situando a circunscrição da neurose a um conjunto sintomatológico e à questão da escolha da neurose.

Durante muitos anos, o saber médico acreditou que a causa dos sintomas estava atrelada a alterações no sistema nervoso, que tinha a característica de uma herança genética. Entretanto, nesse corpo há um enigma, algo que a medicina não deu conta de explicar. A psicanálise então toma para si essa função e nomeia os sintomas que se manifestam no corpo sem referência a uma causa orgânica, e que, além disso, guardam relação com um conteúdo inconsciente, de conversão histérica (FREUD, 1894, 1996b).

Nesse estudo, o autor menciona a existência de uma semelhança entre os sintomas histéricos, obsessivos e fóbicos, sendo que, nos três casos, uma representação não consegue atingir a consciência porque se desligou do afeto, permanecendo, assim, enfraquecida. No entanto, distingue a especificidade quanto à histeria, pois esta se configura como uma representação que, apesar de enfraquecida por estar desvinculada de sua energia, busca sua manifestação no corpo através de sintomas, tais como paralisias, cegueiras, surdez, crises convulsivas, entre outras.

Ao se perguntar sobre a origem da histeria, Freud (1895, 1996c), juntamente com Breuer, no texto *Estudos sobre a histeria*, afirma que ela apresenta uma vinculação com o recalque, denotando ser originária de um conteúdo recalado no inconsciente. Neste caso, como a barreira do recalque é sempre falha, essa representação encontrará uma forma de se manifestar na consciência. Mais tarde, Freud (1916-1917, 1996d) aponta um importante fator econômico no aparecimento da neurose

referente ao investimento libidinal e aos variados destinos para essa excitação, o que se relaciona à forma como o aparelho psíquico irá se estruturar e ao mecanismo de aparecimento das psicopatologias. Nesse caso, ocorre o direcionamento à formação do sintoma, isto é, a uma substituição que, muitas vezes, nesse caso, configura-se como um sintoma no corpo. Muitos desses conteúdos inconscientes guardavam consigo a vinculação com uma lembrança que foi recalçada, referente a um desejo, o qual, não podendo ser realizado, se manifesta como sintomas corporais. Esses sintomas seriam como uma defesa diante da possibilidade do desprazer, caso as representações inconscientes atingissem a consciência do sujeito.

Em O recalque, Freud (1915b, 2004b) posiciona-se sobre essas manifestações, afirmando que o sintoma consiste em um retorno do recalcado, pois é como uma satisfação de uma pulsão através da substituição por uma representação, a qual só pode ocorrer por um caminho: pela via dos processos de deslocamento e condensação próprios dessas formações do inconsciente que se encontram sob a barreira do recalque. Nesse caso, aquilo que causa desprazer ao sujeito permanece no inconsciente, especialmente na histeria de conversão, quando o recalque foi bem sucedido na tentativa de desligar o afeto da representação recalçada, culminando com a formação do sintoma conversivo. Por isso, o autor se refere à “bela indiferença das histéricas”, expressão cunhada por Charcot, que explicita o estado em que elas permanecem, como se não estivessem implicadas com o mal de que sofrem, não deixando perceber, em sua fala, mínimos indícios de sentimento de angústia.

A conversão ocorre por conta da complacência somática, que tolera que esses sintomas atinjam o corpo. Nesse caso, haveria uma “antecipação somática”, como se o corpo realizasse um apelo para que uma representação recalçada o atingisse. O corpo vai se oferecer para aquilo que não é somático, para uma representação, como Freud (1905, 1996e) *mostra em Fragmento da análise de um caso de histeria*, onde explica os mecanismos psíquicos da histeria, através do caso Dora, o mais paradigmático para esse objetivo. Freud revela em Dora um “habilidoso artifício” que conecta o que é do psíquico com o somático, de tal maneira, que o corpo se torna complacente para manifestar o sintoma histérico.

O ataque histérico apresenta uma descarga motora de moções pulsionais referentes às fantasias, atingindo o aparelho motor. Conforme Jorge (2010, p. 53),

O ataque pode representar várias fantasias condensadas que o tornam ininteligível, ou então atitudes corporais que invertem, tal como no sonho (um elemento se transforma em seu oposto), o conteúdo da fantasia, ou até mesmo a ordem cronológica dos elementos que compõem seu enredo.

Nos seus estudos sobre os sonhos, Freud aproxima os sonhos do sintoma pelo fato de ambos guardarem semelhanças em sua formação. São constituídos por um processo de substituição através de um deslocamento ou de uma condensação. Esses processos são necessários para que algumas representações se tornem conscientes, pelo fato de os conteúdos latentes ligados a essas representações serem extremamente insuportáveis à consciência. Durante o sonho, esses conteúdos, ao serem submetidos ao trabalho do sonho, são transformados e as mesmas leis que governam os sonhos atuam sobre a formação do sintoma. Assim como no sonho, o sintoma histérico também é a realização de um desejo recalcado, mas revelado no corpo.

Em *A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud*, Lacan (1957, 1998a) afirma que a formação do sintoma obedece aos mesmos mecanismos da metáfora e da metonímia (relacionados, respectivamente, com a condensação e o deslocamento em Freud), pois o inconsciente é estruturado como uma linguagem, sendo esses mecanismos próprios dessa instância. O autor destaca a primazia do significante sobre o significado no inconsciente, relacionando-a ao deslizamento de significantes na cadeia e consequente produção de sentido, pois o significante em si é esvaziado de sentido, prescindindo do significado para ter um sentido, sendo, por isso, polissêmico.

Lacan (1964, 2008a) propõe um inconsciente estruturado como uma linguagem, produzindo um sujeito, que se constitui a partir da linguagem, ou seja, da entrada no campo do simbólico. Essa linguagem organiza-se de forma estrutural, tendo o significante como a sua principal referência, produzindo um sujeito barrado e desejante, por conta da sua inscrição no campo linguístico. Esse sujeito se constitui a partir do Outro primordial ou grande Outro, representado, inicialmente, pela mãe, esta que representa um lugar e não uma pessoa. É a partir dessa primeira relação que ocorre a entrada no campo da linguagem, com a verificação de uma mãe faltante e do comparecimento de um terceiro, que denota a inscrição do significante Nome-do-Pai, permitindo ao próprio sujeito ver-se como faltante e desejante, quando se depara com a falta do Outro e o percebe como desejante.

O confronto com a falta do Outro implica uma série de operações psíquicas em que o sujeito será introduzido no circuito desejante. Para tal, faz-se necessário o encontro com a lei que interdita o Outro materno, no qual seu desejo encontrava-se alienado. Esse interdito ocorrerá através da inscrição do significante Nome-do-Pai, que funciona como a metáfora paterna para introduzir o sujeito no campo do simbólico. Dessa forma, o sujeito passa a ser determinado pela linguagem, não tendo mais controle sobre a sua própria fala, pois sempre continuará a se remeter a esse Outro, mesmo que se direcione a um “pequeno” outro semelhante qualquer (LACAN, 1949, 1998b).

De acordo com Lacan (1958, 1999), a metáfora do Nome-do-Pai inscreve a Lei no campo do Outro, impossibilitando o incesto. Assim, o sujeito insere-se no campo simbólico com suas normas, instalando uma articulação entre os significantes com os quais entra em contato no sentido de produzir uma ordem simbólica. Encontrando-se barrado em seu desejo, o sujeito precisa se haver com isso, levando-o a processos que atuam na substituição para uma satisfação pulsional de conteúdos recalcados, intoleráveis para o Eu, produzindo, assim, o sintoma neurótico. Essa formação sintomática remete-se ao inconsciente, pois aí se opera a metáfora, onde um significante pode substituir outro significante, produzindo significação. A metonímia, que corresponde ao deslocamento dos significantes na cadeia, por si só não comporta uma substituição, apenas a possibilita. Só o mecanismo da metáfora é capaz de incidir na cadeia, trazendo um significante que irá substituir outro. Na cadeia, há um intervalo entre os significantes, permitindo a dimensão da metáfora, o que comporta a dimensão constitutiva no campo do Outro.

O sintoma conversivo, por se apresentar no corpo, em muito se aproxima das chamadas “neuroses atuais”, as quais também se manifestavam no corpo, mas sem manter uma referência com um componente inconsciente. Freud concentrou-se em distinguir as psiconeuroses das neuroses atuais, empreendendo uma tensão entre historicidade e atualidade, já que as primeiras estão relacionadas com acontecimentos da história do sujeito, enquanto que as segundas não têm qualquer relação com a vida infantil. As neuroses atuais têm extrema semelhança com o FPS por se tratar de uma descarga direta no corpo, com uma falha na intermediação simbólica. Para compreender essas semelhanças e diferenças, trataremos a seguir das neuroses atuais.

AS NEUROSES ATUAIS

Ao se deter na distinção entre psiconeuroses e neuroses atuais, Freud forneceu-nos uma valiosa pista para compreender a forma como se engendra e se manifesta o fenômeno psicossomático, pois há muitas semelhanças entre eles, mas também há traços que os separam. Para isso, é necessário discorrer sobre o modo como Freud empreendeu sua investigação sobre as neuroses atuais. O termo neurose atual foi cunhado na obra *A sexualidade na etiologia das neuroses*, em que Freud (1898, 1996f) afirma que toda neurose tinha uma causa sexual. Apesar de perceber a importância da influência psicogênica na etiologia das enfermidades do corpo, afirmou sempre que os estudiosos e praticantes da Psicanálise deveriam se concentrar apenas na abordagem das psiconeuroses (VALAS, 1990).

A primeira distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses foi feita de maneira tácita por Freud (1895, 1996) nos *Estudos sobre a histeria e mais claramente formulada em As neuropsicoses de defesa* (1894, 1996), onde nomeia as neuroses atuais como “neuroses simples” ou, simplesmente, “as neuroses”, sem uma denominação específica. Esse trabalho foi elaborado pelo autor quando ao estudar a histeria de conversão, percebeu que alguns estados orgânicos eram manifestados sem qualquer relação com a esfera psíquica, distinguindo-se da histeria. Inicialmente, em *Sobre o critério para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia* (1895/1996), ele distinguiu as “neuroses atuais” das psiconeuroses. Aquelas se chamam “atuais” porque não remetem ao complexo de Édipo e nem ao recalque, ou seja, a acontecimentos passados da história do sujeito. Essas neuroses assemelhavam-se às afecções ditas “psicossomáticas” por apresentarem uma descarga direta no corpo, sem representação psíquica, ou seja, sem qualquer processo de substituição, tal como a condensação e o deslocamento, justamente por estarem dissociadas de uma fase infantil de desenvolvimento.

As psiconeuroses, por sua vez, têm como causa uma fixação em acontecimentos da infância, justamente por conta de conflitos presentes nesse período e pela busca de uma fantasia de desejo não satisfeita. Isso demonstra uma tensão entre atualidade e historicidade, em que a neurastenia e a neurose de angústia não apresentam sintomas relacionados com acontecimentos datados historicamente na vida do sujeito. Freud destacou que a influência sexual se dava de maneira peculiar em cada caso, dividindo as neuroses em dois grandes gru-

pos: o das psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva), cuja etiologia sexual se originara em um componente do passado, manifestando-se através do sintoma, formado através de um processo de substituição por se tratar de um retorno do conteúdo recalçado intolerante para a consciência, e o grupo das neuroses atuais (neurastenia e neurose de angústia), que remetiam, não a um tempo já vivido, mas sim a algo do presente, ou seja, atual, contemporâneo.

A divisão das psicopatologias elaborada por Freud admite a histeria e a neurose obsessiva no campo das psiconeuroses e a neurastenia e a neurose de angústia, no das neuroses atuais, tendo Freud incluído, posteriormente, a hipocondria como a terceira neurose atual em *Contribuições a um debate sobre a masturbação* (1912/1996). Nesse texto enfatiza que as neuroses atuais não eram passíveis de serem submetidas a um processo de análise, já que não entrava em jogo um processo de subjetivação, só sendo possível obter um efeito indireto do tratamento. O sujeito acometido por essas afecções não conseguia vinculá-las a acontecimentos de sua história pessoal, o que não permitia que se caracterizassem como uma substituição para um desejo insatisfeito, já que não eram fruto de um processo de recalque. A ideia da impossibilidade da remissão dos sintomas das neuroses atuais através de um processo de análise também está presente em outro escrito de Freud (1925/1996). Essa dificuldade na direção do tratamento também é encontrada na clínica com FPS, pois os pacientes mantêm um discurso preso à doença e não articulam questões de sua história passada. Da mesma forma, o que se vê é a falta de encadeamento das representações e de substituição para aquelas que se apresentam intolerantes e inacessíveis à consciência, desafiando o analista no manejo da análise.

Aquilo que define as neuroses atuais não está ligado apenas ao fator atualidade, demonstrando uma desvinculação entre o fator historicidade e o aspecto sexual. Há uma característica somática na manifestação dos sintomas da neurastenia e da neurose de angústia que não se verifica nas psiconeuroses, na medida em que estas se encontram mais fortemente atreladas ao psiquismo. No caso das primeiras, há um desvio da excitação sexual, o que levaria a uma descarga direta no corpo, causando as afecções semelhantes aos FPS.

Na classificação das neuroses atuais há uma distinção entre a neurastenia e a neurose de angústia, empreendida antes mesmo do surgimento da expressão “neurose atual”. A neurastenia caracteriza-se por pressão intracraniana, irritação espinhal e dispepsia com flatulência e

constipação (FREUD, 1895/1996), o que leva a um acúmulo de excitação. A neurose de angústia, por sua vez, gravita em torno do sintoma nuclear da angústia, direcionando, diferentemente da neurastenia, a um empobrecimento da excitação, através dos sintomas de irritabilidade geral, expectativa angustiada, vertigem, pânico ao acordar, ataques de angústia, fobias e agorafobias, inclinação à náusea e ao vômito, parestesias, entre outros, encontrando, neurastenia e neurose de angústia, o seu ponto de convergência no componente somático de suas afecções.

O acúmulo ou o empobrecimento de excitação vincula-se fortemente a uma incapacidade do sujeito em obter satisfação pela via sexual, pois, ou ele procura obtê-la através de práticas individuais, tais como a masturbação, ou então procura abster-se sexualmente. Isso denota a forte influência da sociedade do final do século XIX e início do século XX, extremamente repressora com relação à sexualidade dos indivíduos, na etiologia dessas neuroses.

Em *Moral sexual “civilizada” e doença nervosa moderna* (1908/1996), Freud, retomando a discussão acerca da distinção entre as neuroses atuais e as psiconeuroses, destacou a relação entre a grande incidência das doenças modernas e a repressão exercida pela sociedade dita civilizada sobre a sexualidade dos indivíduos, podendo essa sexualidade ser manifestada de diversas formas e não necessariamente apenas com o objetivo da procriação. Busca-se também a obtenção de prazer, já que o corpo abandona sua característica estritamente instintual para se constituir como um corpo comandado pelas pulsões.

Em *À guisa de introdução ao narcisismo*, Freud (1914/2004) retomando as elaborações acerca das neuroses atuais, acrescenta que na hipocondria e nas parafrenias, ou psiconeuroses narcísicas (o que, posteriormente, seria denominado psicose), há uma retirada do investimento libidinal nos objetos para mantê-lo retido no Eu, permanecendo o indivíduo fixado na fase do narcisismo. No entanto, existe uma diferença marcante entre a hipocondria e a doença orgânica, pois nesta ocorrem alterações visíveis no corpo, enquanto que na primeira nada se manifesta, o que leva o autor a considerar a hipocondria como a terceira neurose atual, juntamente com a neurastenia e a neurose de angústia. Além disso, pontua que o mecanismo de adoecimento na hipocondria, que não apresenta nenhuma espécie de alteração no órgão, em muito se aproxima do estado de excitação no órgão genital, visto que este fica intumescido e cheio de sangue, sem necessariamente estar adoecido, tornando-se fonte de intenso prazer para o sujeito. Des-

sa forma, podemos associar a hipocondria a uma busca de satisfação sexual que se descarrega no corpo. Essa noção de prazer do órgão é cunhada por Freud em *Pulsões e destinos da pulsão* (1915a/2004), e se caracteriza por sua parcialidade e pela não existência de um objeto externo ao corpo, apresentando-se como uma satisfação atrelada ao autoerotismo, pois se inicia e termina no órgão onde se originou. Ainda em um movimento de retomada do tema, Freud (1916-17/1996), na Conferência XXIV - *O estado neurótico comum, presente nas Conferências Introdutórias*, retorna à distinção entre psiconeuroses e neuroses atuais, em que aproxima a neurastenia da histeria de conversão, a neurose de angústia à histeria de angústia e a hipocondria à parafrenia.

Considerando os estudos de Freud acerca das neuroses atuais, observa-se, no caso dos sintomas “atuais”, um corpo complacente para essa manifestação. Nesse caso, ocorre uma descarga direta de energia, sem alcançar a esfera subjetiva, fato que os aproxima dos fenômenos psicossomáticos, contribuindo para o entendimento da forma como estes se engendram e se manifestam, já que os dois não mantêm qualquer relação com representações inconscientes que apontem para o sujeito, comportando, ambos, uma dificuldade a mais na direção do tratamento por causa da fixação na doença do corpo, em detrimento da abordagem da história pessoal. No entanto, as neuroses atuais diferenciam-se do fenômeno psicossomático pela particularidade na constituição do sujeito dividido, que comporta uma falha em sua entrada no campo da linguagem.

Desse modo, faz-se necessário analisar o engendramento dos FPS para compreender de que forma pode ocorrer a escuta e o manejo na clínica com estes pacientes. Freud, ao elaborar a noção de neuroses atuais, forneceu-nos uma importante pista para a compreensão das enfermidades psicossomáticas, conforme será analisado a seguir.

OS FENÔMENOS PSICOSSOMÁTICOS

O termo “psicossomática” foi cunhado por Johann Christian Heinrotz (1773-1843) em 1818, recebendo forte influência dos códigos da religião luterana. Ele afirmava que as doenças mentais eram causadas por conflitos internos e pela consciência do pecado (VOLICH, 2000). “Psicossomática” é o termo utilizado, principalmente, pela medicina e por alguns autores que se debruçaram sobre o tema. Destacamos aqueles que o fizeram a partir da psicanálise e que serão citados neste capítulo. Freud nunca utilizou o termo “psicossomático” para fazer referência

às afecções que acometiam o corpo sem causa orgânica comprovada e desvinculada da dimensão subjetiva. Apenas fez menção ao termo em uma carta dirigida a Victor Von Weizsaker em 1923. Groddeck, Alexander e Marty, utilizaram o termo “psicossomática”, mas a expressão “fenômeno psicossomático” foi forjada por Lacan (1954-1955/1985).

A coerência desse conceito deixa de existir quando passa a ter status de estrutura clínica, assim como a estrutura neurótica, psicótica e perversa, denotando um modo de funcionamento próprio, indicando um “sujeito psicossomático”. Valas (2004) tece forte crítica a essa concepção de um sujeito com uma estrutura específica chamada “psicossomática”, como o modelo de um robô-débil que, pela via do pensamento operatório, é refém de um empobrecimento na construção do seu fantasma. Em contrapartida, Assoun (1977) abordou a questão de maneira diferente, relacionando o distúrbio psicossomático a um masoquismo corporal, fato que levaria o corpo a gozar do fenômeno, fazendo o paciente pagar a dívida daquilo que não foi simbolizado por meio de uma *complicência somática*. Além disso, acentua que o aparecimento desse fenômeno seria uma espécie de “substituição” para a neurose, pois o sujeito a deixaria suspensa, na tentativa de não se deparar com o seu fantasma.⁵⁴ A afecção seria uma forma de escapar da eclosão do sintoma, com uma regressão ao autoerotismo, tomando outros órgãos do corpo para o gozo, que deveria estar restrito apenas às zonas erógenas. Nesse sentido, a direção do tratamento pode ser pensada como a possibilidade de se construir o sintoma.

Alguns autores (TEIXEIRA, 2006; TEIXEIRA, 2009) encontram um ponto de ligação entre o estabelecimento das relações precoces iniciais e a manifestação do fenômeno psicossomático. Para Teixeira (2006) a constituição da imagem corporal nos momentos iniciais das experiências precoces influencia o funcionamento somático. Ressalta a forte influência da fase de constituição do sujeito na clínica da toxicomania, na psicossomática, na psicose e nos estados limítrofes, evidenciando a importância da construção subjetiva na manifestação desses estados, já que é o ponto crucial para a estruturação da organização pulsional. Essa ideia fundamenta-se no pensamento de Lacan (1949/1998) e Dolto (1984) quando assinalam que o corpo despedaçado do bebê é unificado na relação especular diante do olhar do Outro, no processo

⁵⁴ O fantasma se constrói, diante da castração, entre o período da latência e a adolescência. Nesse momento o sujeito revive o amor materno com o Outro, ou seja, o fantasma diz respeito ao modo como o sujeito se constituiu diante do Outro (CHEMAMA & VANDERMERSCH, 2007).

de bordejamento sobre esse corpo, erogeneizando-o e ordenando a passagem do circuito pulsional pelo corpo. Além disso, o bebê passa por sucessivas perdas simbólicas, necessárias para ascender à linguagem e separar-se do Outro materno.

Outros autores influenciados pelo pensamento de Lacan acerca dos fenômenos psicossomáticos, como Guir (1988; 1990) e Nasio (1993), também postularam algumas noções, baseados em aspectos iniciais da constituição do sujeito. Nasio (1993) analisa o fenômeno psicossomático como uma formação do objeto a⁵⁵ distinta de representações do inconsciente, tais como sintoma, atos falhos, sonhos e chistes. Assim, não há como o objeto comportar uma ordenação fálica e um retorno do recalçado, constituindo-se como uma invasão do imaginário no real. Ocorreria, então, uma *forclusão local do significante Nome-do-Pai*, o que significa que este não oferece completa consistência por conta da falha na sua inscrição. Esse fato denota que há uma *holófrase*⁵⁶, a qual consiste no congelamento do par de significantes S1-S2, remetendo a uma falha na inscrição do significante Nome-do-Pai, o qual deveria estar fora da cadeia, ex-sistindo para dar consistência à realidade. Nesse caso, não há a manifestação do sintoma analítico, a qual pode remeter o sujeito a uma representação inconsciente em uma análise, não admitindo a presença da pulsão de vida ao promover a articulação na cadeia significante.

A abordagem de Nasio (1993) corrobora as formulações de Lacan (1964/2008) no *Seminário 11*, referentes à presença, no FPS, da falha no intervalo entre o primeiro par de significantes, falha que remete à ausência da relação de objeto. Se retornarmos ao momento da constituição do sujeito, verificaremos que ele precisou renunciar ao desejo materno de ser o falo, o objeto desejado pela mãe, para querer ter o falo, no momento em que admite que o Outro primordial também é faltante. Dessa forma, haverá uma separação, que possibilitará o recalque originário do significante mestre (S1), no sentido de ordenar toda a cadeia de significantes a partir da inscrição do Nome-do-Pai. O autor utiliza o termo holófrase que, por não permitir o deslizamento na cadeia,

⁵⁵ Com a entrada do sujeito na linguagem e com a inscrição do significante Nome-do-Pai, algo se destaca, o objeto a, causa de desejo. Para que o sujeito seja causado, no sentido de ser desejante, é necessário que algo falte. Assim, nenhum objeto será capaz de satisfazer a pulsão. Para Lacan (1962-63/2005) esse é o objeto a, nunca danies existente, que produz o sujeito barrado. Esse objeto está vinculado à Coisa, das Ding, que será a causa da repetição, do retorno ao ponto de falta, já que o encontro com o objeto é impossível, sendo este conhecido, paradoxalmente, por meio da Lei do incesto. O esforço de reencontro vai orientar o desejo do sujeito.

⁵⁶ Segundo o dicionário Houaiss e Vilar (2001), o termo holófrase faz referência ao enunciado que condensa uma sentença repleta de sentido. Para a psicanálise, a holófrase significa que não há intervalo na cadeia significante onde o sujeito se produz (LACAN, 1964/2008).

impede o aparecimento do sujeito, ou seja, a afânise do sujeito. Ainda no seminário mencionado, Lacan (1964/2008) cita o FPS como situado no lugar da função significante em torno da função do Outro. Enfatiza que, nesse caso, se não há a afânise do sujeito, isto é, se o sujeito não desaparece sob um significante que o represente para outro significante, não aparece em algum lugar como sentido, pois não se estabelecerá a dialética nessa alienação. Com a ausência do deslizamento, consequentemente, algo poderá indicar a fixidez de um gozo específico, pois houve uma falha na queda do objeto a, causa de desejo no momento da separação do Outro primordial com a substituição pela metáfora paterna. Lacan assinala que a psicossomática não é um significante, pois só é concebível à medida que, não havendo a afânise do sujeito, algo se passou a partir da indução significante no nível desse sujeito.

Percebe-se, assim, que Lacan menciona uma necessidade interessada na função do desejo no caso do FPS. No entanto, de que desejo ele fala, já que com o congelamento do primeiro par de significantes na cadeia, há uma falha na queda do objeto a, impedindo a emergência do desejo? O que parece estar em jogo é o desejo do Outro que, pela via da indução significante, faz-se presente no FPS. Segundo Fernández (2000), no FPS é preciso se ocupar da indução significante por não haver um significante recalcado que possa retornar. Para ele, há uma dupla temporalidade no FPS quanto à indução significante: uma, referente à estrutura do FPS, e outra, atrelada ao desejo do analista na análise com esses pacientes.

Guir (1988; 1990) concorda com Nasio (1993) em alguns apontamentos e possui uma compreensão sobre os FPS que diz respeito às relações entre o corpo e o simbólico e os desdobramentos referentes à inscrição do Nome-do-Pai para o sujeito. Afirma também que esses fenômenos estão relacionados a uma falha na inscrição da metáfora paterna, o que ocasiona uma holófrase referente à condensação do primeiro par de significantes, ou seja, ao congelamento entre o significante primordial S1 do Desejo Materno e o S2 do Nome-do-Pai, não permitindo um deslizamento na cadeia significante.

Essa afecção ocorreria pela falta de um “banho de linguagem” em um ponto específico do corpo, comparado ao “Calcanhar de Aquiles”, pois nessa parte que permaneceu descoberta, algo ex-siste, isto é, insiste, ocasionando um transbordamento para o real do corpo. Trata-se da insistência de um gozo na busca de uma satisfação direta em um local específico para o paciente. No entanto, por tratar-se de um ponto

específico no corpo do sujeito, há apenas a forclusão de um significante na cadeia. É uma espécie de mostração, como se fosse um ponto específico que não se liga a nada, ou seja, uma manifestação no real. No entanto, discordamos da afirmação de Guir, para quem a afecção psicossomática caracteriza-se por provocar uma lesão, pois nem sempre o FPS lesiona o corpo. Não é possível limitar a manifestação da doença à presença ou à ausência de uma lesão.

O acervo de teses sobre o fenômeno psicossomático está longe de ser conclusivo: a potência do Isso sobre a saúde e a doença (GRODECK, 2004); o funcionamento mental arcaico que não utiliza a linguagem impelindo o sujeito a sofrer no corpo (MCDOUGALL, 1996/2000); a doença psicossomática como substituta para a neurose (ASSOUN, 1977), o fracasso da metáfora paterna (NASIO, 1993; GUIR, 1988; 1990), o acometimento por uma lesão no real do corpo pela via imaginária (VALAS, 1988 apud FONSECA, 2006); e o FPS como uma escrita do real (NICOLAU, 2008).

Retomemos agora o posicionamento de Lacan em seu ensino quanto ao FPS. Em *Psicanálise e medicina* (1966), uma conferência endereçada aos médicos, o autor afirmou que no FPS haveria uma falha de saber em um ponto específico da cadeia significante, à qual chamou falha “epistemossomática”. Estando fora das construções do registro simbólico, a falha manifesta-se no real do corpo, no ponto onde este não foi recoberto pela linguagem.

Lacan destaca que essas doenças encontram no corpo o lugar para a sua manifestação, fazendo ecoar várias questões para o saber analítico, pois este não partilha as mesmas concepções da medicina e de outras teses que não levam em conta a dimensão do sujeito para a abordagem das afecções psicossomáticas. Desse modo, pode-se dizer que o FPS não é um sintoma e sim uma marca que se manifesta no real do corpo. Nos dois casos, tanto na manifestação do sintoma como na do FPS, demonstra-se a busca de satisfação pulsional pela via corporal. Porém, no segundo caso, há a manifestação no real por não ter havido uma inscrição psíquica, apontando para uma falha na ordenação simbólica.

Em uma de suas primeiras formulações sobre a afecção psicossomática, no *Seminário O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (1954-1955/1985), Lacan define o FPS como uma construção externa à cadeia de significantes, que não se encontra na ordem simbólica e que comporta um sofrimento do corpo, este atravessado pela pulsão e pela linguagem. Além disso, aponta uma linha divisória entre neurose e FPS

demarcada pelo narcisismo (1954-1955/1985, p. 126-127). Em estudos posteriores, ao citar a análise do caso Schreber pelo olhar da psicanalista Ida Macalpine, Lacan destaca os sintomas hipocondríacos e faz uma aproximação entre a psicose e o FPS. Existe semelhança pelo fato de ambos se estruturarem sem uma intermediação simbólica e sem uma dialética. Assim, o corpo apresentará o que permanecer como falha ou como descontinuidade no discurso. No entanto, nem sempre a estrutura psicótica manifesta o FPS (LACAN, 1955-1956/2008), o que demonstra que o fenômeno pode estar presente em qualquer das estruturas clínicas – neurose, psicose e perversão – pois não se constitui como uma posição subjetiva, mas como uma mostração no corpo. Logo, não se pode falar de um “sujeito psicossomático” (RIBEIRO, 1995 apud MORAES, 2007).

O FPS aproxima-se de fenômenos elementares da psicose por conta da forclusão, citada por Nasio (1993) e Guir (1988, 1990). No entanto, no FPS, trata-se de uma forclusão de um significante qualquer da cadeia, enquanto que na psicose se trata, invariavelmente, da forclusão do significante Nome-do-Pai, que inaugura a entrada do sujeito no discurso. É por esse motivo que o FPS também pode se manifestar em qualquer das estruturas clínicas.

No delírio da paranóia há um Eu unificado e uma fixação do significante. Este é uma tentativa de fazer laço com o outro, mas de forma precária, pois, no caso da psicose, não se trata de uma realidade compartilhada presente no delírio e sim própria ao psicótico. Não há um deslizamento, mas uma amarração para que o sujeito não permaneça em surto. Assim, seria possível aproximar o delírio e o FPS como formas de amarração para a estrutura psicótica, como uma tentativa de o psicótico fazer laço social, já que o FPS se manifesta por conta de uma falha na inscrição simbólica?

O delírio, como uma amarração, é uma tentativa de ordenar os significantes que inundam o psicótico. O FPS, por sua vez, manifesta-se como um ponto não recoberto pelo simbólico, mas que aparece como um chamado para a possível eclosão de uma neurose, ou seja, uma “ordenação” no campo simbólico, afastando o sujeito do real. Nos dois casos, há um retorno no real, mas a diferença é que o delírio é originário de uma forclusão do Nome-do-Pai, enquanto o FPS origina-se de uma forclusão de qualquer significante da cadeia, fruto de uma holófrase. O analista pode, assim, ter duas posições muito particulares em cada caso, embora ambos possuam a função de fazer amarração, o que diz respeito à especificidade do analista na psicose e frente ao FPS.

No FPS é promovida uma circunscrição do gozo a certa parte do corpo, o que contribui também para apaziguar o sofrimento de sujeitos psicóticos que recebem uma amarração graças à amarração feita pelo FPS com a realidade. Fonseca (2006) afirma que o FPS pode funcionar como uma tela de proteção para o sujeito não surtar, já que lhe falta o aparato da fantasia e a invasão pelo real é muito mais perigosa nesses casos. Em sujeitos acometidos pelo FPS há uma aproximação com o real, mas, paradoxalmente, uma proteção contra ele e um chamado para a eclosão de um discurso que remeta ao sujeito. Dessa forma, o delírio, a partir de uma ordenação própria de significantes, ou o FPS, que aparece como uma tentativa de se “esquivar” de uma neurose, além de se constituírem como formas de amarração para a psicose, também são tentativas de empreender um laço social.

Lacan volta a tratar do FPS na *Conferência de Genebra* (1975), afirmando que, em sujeitos acometidos por essas afecções, o corpo se deixa levar para escrever algo da ordem do número, do hieróglifo, do que não pode ser lido. Não se coloca na ordem do signo e sim da assinatura. Essa escrita não faz série e por isso fica fora da cadeia significante. Enfatiza que o FPS é um escrito no corpo, algo que foi marcado e que necessita sair da linguagem hieroglífica e ser operado na ordem da linguagem inconsciente, ou seja, é necessário partir da escrita ilegível para alcançar a palavra falada. Nicolau afirma: “Assim, no fenômeno psicossomático, o corpo escreveria uma cifra particular de gozo que vem como suporte de certa posição do sujeito na relação com o Outro” (2001, p. 84). Temos, então, uma cifração de gozo escrita por hieróglifos, por isso não faz série e não se submete à significantização da letra. Por se inscrever como algo que não se oferece para ser decifrado e lido, aparece como frequência ou como uma escrita proveniente do real.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, F. **Medicina psicossomática**: seus princípios e aplicações. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- ASSOUN, P. **Leçons psychanalytiques sur**: corps et symptôme: clinique du corps. Paris: Anthropos, 1997. v. 1.
- CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Unisinos, 2007.

DOLTO, F. **A imagem inconsciente do corpo**. Paris: Seuil, 1984.

FERNÁNDEZ, M. R. A indução significativa no fenômeno psicossomático. **Revista da Escola Letra Freudiana**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 27, p. 317-321, 2000.

FONSECA, M. C. B. Fenômeno psicossomático na vertente do gozo. **Revista Stylus**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 103-110, 2006. Disponível em: <https://issuu.com/epfclbrasil/docs/stylus_13>. Acesso em: 10 jan. 2018.

FREUD, S. À guisa de introdução ao narcisismo. In: _____. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004. v. 1. [1914] e [1911-1915]

_____. A sexualidade na etiologia das neuroses. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. 3. [1898]

_____. Apresentação autobiográfica. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 20. [1925]

_____. As neuropsicoses de defesa. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 3. [1894]

_____. Conferências introdutórias de psicanálise: o estado neurótico comum. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 16. [1916-1917]

_____. Contribuições a um debate sobre a masturbação. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 12. [1912]

_____. Estudos sobre a histeria. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 2. [1895]

_____. Fragmento da análise de um caso de histeria. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 3. [1905]

_____. Histeria. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 1. [1888]

_____. Inibições, sintomas e ansiedade. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 20. [1926]

_____. Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 9. [1908]

_____. O recalque. In: _____. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004b. v. 1. [1915b]

_____. Pulsões e destinos da pulsão. In: _____. **Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004a. v. 1. [1915a]

_____. Sobre o critério para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. 3. [1895]

GRODDECK, G. W. **O Livro d'Isso**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

GUIR, J. **A psicossomática na clínica lacaniana**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

_____. Fenômenos psicossomáticos e função paterna. In: WARTEL, R. (Coord.). **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JORGE, M. A. C. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a clínica da fantasia: a clínica da fantasia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. v. 2.

LACAN, J. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 496-533. [1957]

_____. Conferencia in Ginebra sobre el sintoma. In: _____. **Intervenciones y textos 2**. Buenos Aires: Manantial, 1975.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 96-103. [1949]

_____. O lugar da psicanálise na medicina. **Escola Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, n. 32, p. 8-14, 2001. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/359168710/Lacan-o-Lugar-Da-Psicanalise-Na-Medicina>>. Acesso em: 10 jan. 2018. [1966]

_____. **O Seminário**: livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985. [1954-1955]

_____. **O Seminário**: livro 3: as psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008. [1955-1956]

_____. **O Seminário**: livro 5: as formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. [1958]

_____. **O Seminário**: livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008a. [1964]

MARTY, P. **A psicossomática do adulto**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. [1990]

_____. **Mentalização e psicossomática**. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998. [1966]

MARTY, P.; M'UZAN, M. O pensamento operatório. **Revista Brasileira de Psicanálise**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 165-74, 1994. [1963]

MCDUGALL, J. **Teatros do corpo**: o psicossoma em psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

MORAES, J. G. de S. **O corpo entre a conversão histérica e o fenômeno psicossomático**. 2007. 120 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise)–Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=106021>. Acesso em: 13 jan. 2009.

NASIO, J. -D. **Psicossomática**: as formações do objeto a. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

NICOLAU, R. F. A psicossomática e a escrita do real. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n. 4, p. 959-990, dez. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n4/06.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. Corpo e gozo: a' linha, **Psicanálise e Transmissão**, Fortaleza, n. 2, p. 83-90, 2001.

TEIXEIRA, E. L. A. Orlan: gozo do corpo e fenômeno psicossomático. **Cartas de Psicanálise**, [S. l.], v. 2, n. 6, p. 172-175, 2009.

TEIXEIRA, L. C. Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. **Latin-american Journal of Psychopathology on line**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 21-42, maio 2006. Disponível em: <http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/latin_american/v3_n1/um_corpo_que_doi.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2018.

VALAS, P. Horizontes psicossomáticos. In: WARTEL, R. (Coord.). **Psicossomática e psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1990, p. 69-86.

_____. Psicossomática: um fetiche para os ignorantes. **Revista da Escola Letra Freudiana**, Rio de Janeiro, n. 33, p. 113-126, 2004. Disponível em: <<http://www.escolaletrafreudiana.com.br/publicacao/32>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

VOLICH, R. **Psicossomática**: de hipócrates à psicanálise. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.



➤ **O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE SOCIOEDUCADORES NA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM**

Letícia Alves Souza
Marina Lima de Oliveira
Marizete Lopes Xavier

INTRODUÇÃO

Há algum tempo, o estudo da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), vem despertando interesse de pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento e em diferentes épocas, por acreditarem que através dela será possível estimular os indivíduos a utilizar de seus valores, personalidade, emoções e atitudes, visando um melhor aproveitamento dentro das empresas, já que esses são aspectos que podem interferir positiva ou negativamente no comportamento do trabalhador na busca pela obtenção de metas de produtividade (CORRÊA et al., 2012). Inclusive a mesma pode de forma privilegiada resgatar segundo Walton (1975 apud FATINATO et al., 2004), os valores humanísticos e ambientais, que vêm sendo negligenciados no contexto laboral.

Cabe destacar que uma organização que promove qualidade de vida no trabalho, estimula naturalmente seus trabalhadores a desenvolverem seus papéis laborais da melhor maneira possível, além de sentirem que são valorizados, apresentam melhor produtividade, satisfação e qualidade no atendimento, constata Siqueira (2008) em seus estudos. Pelos referidos motivos, a Qualidade de Vida no Trabalho é um dos novos desafios para a administração contemporânea. Uma vez que ela afeta diretamente a vida dos trabalhadores e consequentemente os resultados das organizações sejam públicas ou privadas.

Evidencia-se nesse contexto, a importância de conhecer a relação entre saúde e trabalho dos socioeducadores, público ainda é pouco analisado, especialmente no que se refere à autopercepção da Qualidade de Vida no Trabalho verificando-se ainda que há vários fatores em seu cotidiano laboral que podem comprometer esta, em face, desses funcionários desempenharem um trabalho que exige alta concentração, ritmo acelerado, imprevisibilidade e grandes responsabilidades promovendo, assim, aparecimento de situações de desgaste físico e emocional (GRECO et al., 2011).

A partir do reconhecimento da complexidade do trabalho desempenhado por esses profissionais, bem como através da observação da escassez de produções científicas acerca da Terapia Ocupacional envolvida na área de Saúde do Trabalhador, além da busca de consolidar os saberes e conhecimentos teóricos interrelacionando a população alvo e o profissional Terapeuta Ocupacional, observou-se a necessidade do presente estudo afim de reconhecer e compreender as evidências de validade fatorial e a consistência interna do instrumento SF-36 para avaliar a QVT dos socioeducadores, bem como as possibilidades de intervenção terapêuticas ocupacionais, baseadas nos achados quantitativos, observação e análise da literatura científica.

Os objetivos do estudo foram descrever o perfil dos socioeducadores da região metropolitana de Belém/PA; apontar as principais demandas de saúde a partir do instrumento SF-36; indicar possíveis medidas a serem realizadas para melhorar a qualidade de vida dos socioeducadores.

O PAPEL OCUPACIONAL DE TRABALHADOR E AS MUDANÇAS NO PROCESSO DE TRABALHO

As mudanças no processo de produção produzem inúmeras e diversificadas consequências nas relações de trabalho, podendo ser elas positivas quando garantem o acesso a direitos, especialmente à saúde e qualidade de vida, atendendo ao que é preconizado pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988); mas também negativas, no que tange a degradação das condições de trabalho, desregulamentação dos direitos trabalhistas, terceirização e aumento da exposição a fatores de riscos (variáveis de acordo com função exercida) e a situações de vulnerabilidade (RIBEIRO; MANCEBO, 2013; SALDANHA et al., 2013).

O ser humano está imerso nesse macrocontexto social e político, precisa ter um trabalho significativo, o qual repercutirá na compreensão de seu papel ocupacional de trabalhador. Tendo em vista este papel vai influenciarem sua vida laboral, social, pessoal, familiar, espiritual, dentre outras.

A Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2015) resalta que papéis ocupacionais são “conjuntos de comportamentos esperados pela sociedade e moldados pela cultura e contexto.” Por isso, é necessário compreender a importância desse papel ocupacional para o sujeito, assim como de que forma as mudanças no mundo do trabalho interferem e

refletem no cotidiano do mesmo. Compreender a importância desse papel ocupacional para o sujeito favorece o entendimento da forma com a qual as mudanças no mundo do trabalho interferem e refletem no cotidiano do mesmo e como podem constituir-se como uma forma de reorganizar o trabalho, favorecendo que a QV e a eficácia sejam melhoradas, bem como ajudem a orientar as decisões e as intervenções dos responsáveis pelos processos de transformação (MORIN, 2001). Como ratificado por Rodrigues (2013), quando afirma que esse é um dos papéis fundamentais na vida do ser humano e que este concerne satisfação a necessidades básicas de subsistência, criação de vínculo e colaboração entre trabalhadores.

Rodrigues et al. (2013) afirmam ainda que ao inserir-se no mercado de trabalho o homem também se expõe constantemente aos riscos presentes no ambiente de trabalho, podendo esses, se não forem bem gerenciados e prevenidos, interferirem profunda e diretamente em sua saúde física e psicológica. Guerreiro, Barroso e Rodrigues (2016) compreendem que o trabalho tem sido identificado, dos diferentes campos disciplinares, como uma dimensão central na vida humana e, portanto, um fator decisivo na avaliação que os indivíduos fazem sobre o seu bem-estar e qualidade de vida.

Para este estudo e em virtude da complexidade da população atendida, tomou-se como referência a definição feita por Walton (1975 apud MANCINI et al., 2004, p. 8), o qual diz que a QVT é o “atendimento de necessidades e aspirações humanas, calcado na ideia de humanização e responsabilidade social da empresa.”

A SOCIOEDUCAÇÃO COMO PRINCÍPIO O BÁSICO PARA O CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

A partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), o Estado brasileiro, mediante poder judiciário, passou a aplicar medidas socioeducativas aos adolescentes em conflito com a lei. Por conta disso, cria-se, então, segundo Veronse e Lima (2009), um instrumento jurídico-político denominado Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE), que regulamentou a Política de Atendimento Socioeducativo, promulgada em 2012, porém a legitimação de tal proposta ocorreu do ano de 2004 em diante. O referido autor explica que a Socioeducação:

[...] é conjunto ordenado de princípios, regras e critérios, de caráter jurídico, político, pedagógico, financeiro e administrativo, que envolve desde o processo de apuração de ato infracional até a execução de medida socioeducativa (VERONSE; LIMA, 2009, p. 23).

A socioeducação tem como principal objetivo a promoção de ações educativas acerca da assistência ao adolescente em conflito com a lei, independentemente do regime a ele aplicado, seja esse semiaberto ou com restrição de liberdade, bem como articular com o Estado, família e sociedade tendo como princípios a intersetorialidade e a corresponsabilidade (VERONSE; LIMA, 2009). Martins (2010), também inclui neste instrumento a função de normatizar a atuação de entidades que atendem esses adolescentes em conflito com a lei, que se dar desde as diretrizes bases, da atuação de uma equipe multiprofissional, do orçamento para promover um funcionamento adequado das instituições e até parâmetros arquitetônicos unidades de atendimento socioeducativo (UASE).

Desta maneira, a socioeducação passou a ser vista como uma política pública, cujos objetivos seriam construir, junto dos adolescentes e jovens, novos e apropriados conceitos de vida, buscando o fortalecimento dos princípios éticos da vida social por meio do desenvolvimento de ações de promoção pessoal e social durante o processo socioeducativo, bem como trabalho de orientação, profissionalização, atividades pedagógicas, lazer, atividades esportivas, educação formal dentre outras que são necessárias para o correto desenvolvimento dos jovens atendidos (SILVA, 2012). Os autores supracitados ainda destacam outra característica da política de socioeducação, a dimensão intersetorial, a qual abrange outros sistemas de proteção social visto que seu funcionamento esta a mercê da gestão compartilhada com diversas outras políticas públicas, a saúde, educação, trabalho, assistência social e segurança pública.

Inserido também nessa política estão às medidas socioeducativas as quais são determinadas a partir da conduta realizada pelo adolescente sendo essas que são conceituadas por Volpi (1998 apud SOUZA; COSTA, 2011) como tendo duas faces onde a primeira compreende a sanção de cunho coercitivo e a segunda a fase educativa, preparando o adolescente para o convívio social. É fundamental que os sujeitos tenham por base a liberdade, respeito e dignidade (VERONSE; LIMA, 2009). Tais medidas são previstas pelo ECA em seu artigo 112 sendo dispostas de acordo com sua complexidade (SOUZA; COSTA, 2011).

COMPETÊNCIAS E EXIGÊNCIAS DO TRABALHO DO SOCIOEDUCADOR

Antigamente os modelos adotados pelas instituições que atendiam esses adolescentes baseavam-se no cerceamento de liberdade, controle, castigo, punição, vigilância constante, entre outros, que se assemelhava aos métodos utilizados em presídios, de exclusão, confi-

namento e repressão (SILVA; MORORÓ, 2010). Atualmente, ainda existem sistemas que mantêm tais métodos e condições sem objetivar a socioeducação de forma a facilitar o retorno dos adolescentes a criminalidade e violência (PAES; AMORIM; PEDROSSIAN, 2010).

Conforme Brasil (2013) as medidas socioeducativas precisam ser executadas por profissionais que considere os princípios dos direitos humanos, promovendo, assim, alinhamento conceitual, estratégico e operacional. Silva e Mororó (2010) relatam que esses profissionais precisam ter o perfil que se distancie do antigo agente autoritário, repressivo e punitivo, sendo esse substituído por auxiliares da promoção de transformações nos autores infracionais; bem como que essa seja pautada na construção do vínculo e afeto entre o socioeducador e o adolescente, pois nota-se que tais atitudes estimulam os últimos a serem ativos e autores do próprio conhecimento, podendo contribuir significativamente para a aprendizagem dos mesmos (MAIA; BARROS, 2010).

Esses autores afirmam que os socioeducadores necessitam participar da implementação do Projeto Político Pedagógico e Plano individual de Atendimento, para que alcance o êxito esperado, bem como para que esse contribua direto ou indiretamente no processo de educação dos adolescentes que estão sobre sua responsabilidade. Visto que esses profissionais precisam recepcionar o adolescente, registrar, providenciar os atendimentos, higiene, conforto, repouso, alimentação, acompanhá-los nas atividades de rotina diária, orientar, cuidados pessoais, segurança, atividades recreativas, atividades pedagógicas, entre outros.

Diante disso, nota-se que os socioeducadores necessitam de habilidades comportamentais, emocionais, cognitivas, afetuosas, bem como atenção, concentração, resiliência e criatividade, para lidar com as diversas situações emergentes em sua rotina laboral. Vale ressaltar que, ao falarmos de socioeducador nessa pesquisa, trata-se da função conhecida como “monitoria”, pois para o SINASE todos os envolvidos com o socioeducação, são considerados socioeducadores.

METODOLOGIA

O estudo realizado teve caráter exploratório, descritivo, quantitativo e de corte transversal, tendo como sujeitos os socioeducadores da Fundação de Atendimento Socioeducativo do Pará (FASEPA). A pesquisa quantitativa refere-se ao uso da quantificação da coleta e no tratamento das informações, utilizando técnicas estatísticas com a finalidade de

evitar possíveis distorções de análise e interpretação, dando à pesquisa e ao pesquisador maior margem de segurança (DIEHL, 2004 apud DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

O tipo de pesquisa exploratória objetiva promover maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito ou construindo hipóteses e descrição do objeto de pesquisa possibilita verificar os fatos e fenômenos de uma determinada realidade e um estudo de corte transversal possibilita descrever uma situação em um determinado momento (ARAGÃO, 2011).

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEP) com o parecer CAAE 50822415.0.0000.5174. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

A população investigada foi os socioeducadores de 5 unidades de regime de internação e 2 de semiliberdade, localizadas na região metropolitana de Belém (Belém, Ananindeua, Benevides e distrito de Icoaraci), totalizando o número de 167 servidores de ambos os sexos, com faixa etária média de 40 anos e com 10 anos em média de tempo de serviço.

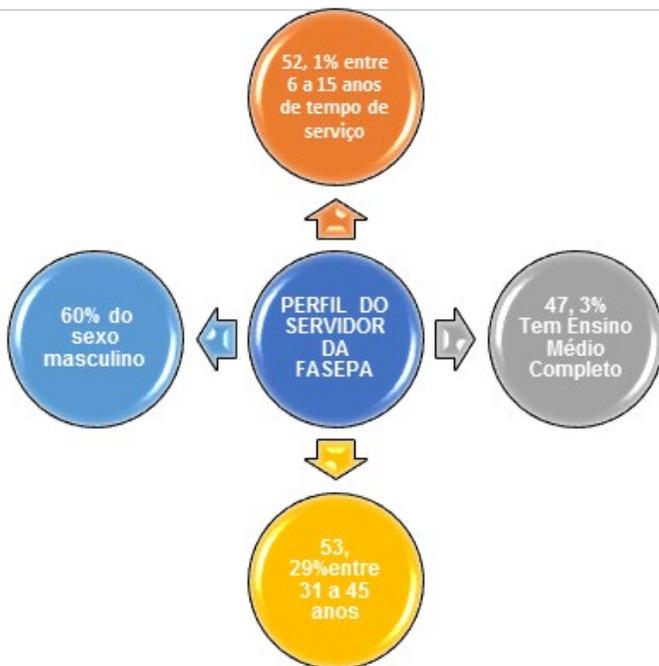
O instrumento denominado SF-36, no Brasil, ou *Medical Outcomes Study 36* ou mesmo Item *Short-From Health Survey*, na língua inglesa é um questionário genérico multidimensional, de autoaplicação, constituído por 36 itens, dos quais 35 encontram-se agrupados em oito domínios (capacidade funcional, dor, aspectos físicos, aspectos emocionais, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade e estado geral de saúde) e um último item que avalia a mudança de saúde no tempo. Para cada dimensão, os itens do SF-36 são codificados, agrupados e transformados em uma escala de zero (pior estado de saúde) a 100 (melhor estado de saúde). O questionário foi traduzido para a língua portuguesa e adaptado para a cultura brasileira e avalia tanto aspectos negativos (doença) como os aspectos positivos (bem-estar).

Instrumentos denominados genéricos possuem como fatores positivos a possibilidade de quantificação da percepção do indivíduo sobre seu estado global de saúde e são, suficientemente precisos, para a realização de análises de grupos sobre questões gerais de saúde, além disso, possibilitam também avaliar diversos domínios e discriminar funções físicas, emocionais e sociais. Sua principal desvantagem refere-se à ao fato de não detectarem mudanças em aspectos específicos (LOPES; CICONELLI; REIS, 2007).

O objetivo da aplicação e tabulação do questionário supracitado é a transformação de medidas subjetivas em dados objetivos, os quais poderiam ser analisados de forma mais específica global e reprodutível (AQUINO et al., 2009). Esses dados podem ajudar na construção de propostas de intervenção a partir das necessidades evidenciadas.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O documento “Estrutura e Prática da Terapia Ocupacional (5 ed.)” proposto pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, 2015) concebe a Terapia Ocupacional como a utilização de forma terapêutica das ocupações com indivíduos ou grupos objetivando melhorar ou possibilitar a participação em papéis, hábitos e rotinas em contextos diversos. Sendo assim, esse profissional afim de favorecer o desempenho de seus clientes nas ocupações significativas de forma bem sucedida e em diferentes lugares, correlacionado os fatores relacionados a pessoa (funções do corpo; estruturas do corpo; valores, crenças e espiritualidade) e habilidades (motoras, processual e de interação social).



Relativas aos dados sociodemográficos

Na literatura científica em Terapia Ocupacional encontramos inúmeras definições do termo ocupação, algumas delas identificando-a a partir de uma perspectiva cultural outras em um sentido mais pessoal e temporal. A Ciência da Ocupação por sua vez concebe a ocupação como atividade com sentido, na qual o sujeito participa cotidianamente e que pode ser nomeada pela cultura. Além disso, compreende-se que as ocupações também são dinâmicas e que tem potencial transformador da pessoa, do contexto, do tempo e da ordem sociocultural (ARAÚJO et al., 2011).

O ser humano organiza e significa seu cotidiano a partir das ocupações por ele desenvolvidas durante toda a sua vida e na fase adulta, a principal ocupação desenvolvida é o trabalho, portanto, compreender e avaliar o desempenho da atividade laborativa do sujeito torna-se imprescindível para promover a Qualidade de Vida no Trabalho.

Atualmente existem inúmeros protocolos que avaliam a Qualidade de Vida no Trabalho, sendo os principais em uso na realidade brasileira o Questionário de Qualidade de Vida no Trabalho (QWLQ-78) e sua versão abreviada (QWLQ-bref) e Qualidade de Vida no Trabalho Total (TQWL-42) (FERRO, 2012). Nessa pesquisa optou-se pela utilização do instrumento denominado *Short-FromHealthSurvey* (SF-36) que avalia a Qualidade de Vida em um contexto amplo, porém ao analisar a composição e os domínios do protocolo, verificamos que o mesmo apresenta uma boa correlação entre os o referencial teórico utilizado nesse estudo e o domínio da Terapia Ocupacional.

Richard Walton, na década de 1970, foi o primeiro a problematizar sobre a Qualidade de Vida no Trabalho nos Estados Unidos e ainda hoje é utilizado como principal referência nas áreas de administração de recursos humanos e psicologia organizacional. A principal premissa do autor é de que a insatisfação com o trabalho é o principal problema enfrentado pelos trabalhadores independentes da função exercida por isso, acredita que a QVT trata-se do entendimento das aspirações humanas, calcado na humanização do trabalho e na responsabilidade social da empresa (FERRO, 2012).

Os resultados estatísticos encontrados comprovam que a utilização do instrumento com a população alvo e no contexto da socioeducação, boa confiabilidade e consistência interna através do coeficiente de alfa de Cronbach 0,88. Significando que seu uso para a avaliação da Qualidade de Vida no Trabalho é indicado e válido dentro do panorama apresentado. Para obtermos dados mais completos a fim de

montarmos o perfil dos socioeducadores foi necessário a adaptação do protocolo, através da inserção de dados sociodemográficos (sexo, faixa etária, tempo de serviço e escolaridade) para preenchimento anterior as perguntas próprias do instrumento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que avaliação da Qualidade de Vida do Trabalho no contexto de socioeducação, especificamente de socioeducadores, que são os profissionais que vivenciam e lidam mais diretamente com os adolescentes em conflito com a lei, não é apenas uma forma de traçar um perfil desse trabalhador, mas uma necessidade vital já que os riscos a que estão submetidos, a carga emocional e física exigida pela função e o importante papel que desempenham na vivência desses adolescentes quando do cumprimento de medidas socioeducativas, geram impactos significativos em menor ou maior prazo tanto no ambiente laboral quanto extra-laboral.

Esse fato fica evidente ao analisamos os principais domínios afetados correlacionados tanto com dados sociodemográficos quanto com as Unidades de Atendimento Socioeducativo, que foram Limitações por Aspectos Emocionais, Vitalidade e Dor. Constata-se que dos 8 domínios avaliados 3 apresentaram as menores médias e em áreas que afetam diretamente o bom desempenho laboral do trabalhador, pois o trabalhador que se encontra com tais limitações não desempenha seu trabalho de forma satisfatória, possui alto índice de abstenções e o adoecimento passa a ser parte do cotidiano.

Constata-se que o socioeducador apresenta uma boa Qualidade de Vida no Trabalho de forma geral, porém deve-se atentar que grande parte dos valores encontrados estão na média de escore proposto pelo instrumento ou um pouco acima dele, portanto, a atenção que deve ser dispensada a Qualidade de Vida desses trabalhadores deve ser urgente, objetiva e prolongada.

REFERÊNCIAS

AQUINO, C. F. DE; AUGUSTO, V. G.; MOREIRA, D. S.; RIBEIRO, S. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 22, n. 2, p. 271-279, 2009.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. PRÁXIS ano III, nº 6 - agosto 2011 59

ARAÚJO, L. da S. et al.. Ciencia de la ocupación y terapia ocupacional: sus relaciones y aplicaciones a la práctica clínica. **Revista Chilena de Terapia Ocupacional**, Santiago, v. 11, n. 1, p. 79-87, 2011. Disponível em: <<https://revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/17084/17821>>. Acesso em: 19 jan. 2018. DOI: 10.5354/0719-5346.2011.17084.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo 3. ed. Traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 26, p. 1-49, 2015. Edição especial. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496/96423>>. Acesso em: 18 jan. 2018. DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v26iespp1-49.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 18 jan. 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm>. Acesso em: 23 jan. 2018.

BRASIL. **Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo**: diretrizes e eixos operativos para o SINASE. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2013. 39 p. Disponível: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/pdf/plano-nacional-de-atendimento-socioeducativo-diretrizes-e-eixos-operativos-para-o-sinase>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

CORRÊA, D. A. et al.. Qualidade de vida no trabalho: uma análise crítica da produção bibliográfica brasileira na área de gestão. In: TRANSFORMARE, 2., 2012, Paris (FR). **Anais...** Rio de Janeiro: TRANSFORMARE, 2012. Disponível em: <<http://www.transformare.adm.br/anais/Artigo-Dalila-et-al.-Qualidade-de-vida.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

DIEHL, A. A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. In DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.0113, 2008.

Disponível em: <<http://rica.unibes.com.br/index.php/rica/article/view/243/234>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

FERRO, F. F. **Instrumentos para medir a qualidade de vida no trabalho e a ESF**: uma revisão de literatura. 2012. 90 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)–Universidade Federal de Minas Gerais, Brumadinho, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3756.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

GRECO, P. B. T. et al.. Trabalho e dor musculoesquelética em agentes sócio-educadores de um centro de atendimento sócio-educativo (CASE). In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE O TRABALHO NA ENFERMAGEM, 3., 2011, Bento Gonçalves, RS. **Anais eletrônicos...** Brasília, DF: ABEn, 2011. p. 298-302. Disponível em: <<http://www.abeneventos.com.br/3siten/siten-trabalhos/files/0054.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

GUERREIRO, M. das D. H.; BARROSO, A. M. M.; RODRIGUES, E. A. A. Organizações saudáveis e qualidade do trabalho na Europa: desafios para organizações e profissões no setor público de saúde. **Organizações & Sociedade**, Salvador, v. 23, n. 78, p. 421-437, jul./set. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/osoc/v23n78/1413-585X-osoc-23-78-0421.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2018. DOI: 10.1590/1984-92307845.

LOPES, A. D.; CICONELLI, R. M.; REIS, F. B. dos. Medidas de avaliação de qualidade de vida e estados de saúde em ortopedia. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, v. 42, n. 11-12, p. 355-359, nov./dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-36162007001100002>. Acesso em: 19 jan. 2018. DOI: 10.1590/S0102-36162007001100002.

MAIA, C. M. M.; BARROS, M. N. S. Ato Infracional: forma de inserção no mundo e/ou ausência de vínculos? In AMORIM, S. M. F.; PAES, P. C. D. **Adolescentes em conflito com a lei**. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Editora UFMS, 2012. Disponível em: <http://ens.sinase.sdh.gov.br/ens2/images/Biblioteca/Livros_e_Artigos/ufms/UFMS.%202010.%20Caderno.%20Adolescente%20em%20conflito%20com%20a%20lei.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2018.

WALTON, R. Qualidade de vida no trabalho e responsabilidade social. In FANTINATO, O.; LIMONGI-FRANÇA, A. C.; MANCINI, S.; QUINTELLA, L. C. M.; SCALZARETTO, L. **II Encontro anual associação nacional de**

pós-graduação e pesquisa em ambiente e sociedade, 2004. Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro2/GT/GT12/sergio_mancini.pdf> Acesso em: 22 jan. 2018.

MARTINS, R. M. **Medidas socioeducativas e regime de semiliberdade**: possibilidades e limites. 2010. 88 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social)–Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120757/283328.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 08-19, jul./set. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v41n3/v41n3a02.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2018.

OLIVEIRA, R. R. de et al.. Qualidade de vida no trabalho: QVT dos professores de ensino técnico federal: os fatores biopsicossociais e organizacionais de satisfação. **Revista de Administração da UNIMEP**, Piracicaba, v. 11, n. 2, maio/ago., 2013. Disponível em: <<http://www.raunimep.com.br/ojs/index.php/regen/article/view/651/537>>. Acesso em: 19 jan. 2018. DOI: 10.15600/1679-5350/rau.v11n2p143-173.

PAES, P. C. D.; AMORIM, S. M. F. de; PEDROSSIAN, D. R. dos S. (Org.). **Formação continuada de socioeducadores**: caderno 2. Campo Grande: UFMS, 2010. Disponível em: <http://ens.sinase.sdh.gov.br/ens2/images/Biblioteca/Livros_e_Artigos/ufms/UFMS.%202010.%20Caderno%202.%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20continuada%20de%20socioeducadores.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

RIBEIRO, C. V. dos S.; MANCEBO, D. O servidor público no mundo do trabalho do século XXI. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília v. 33, n. 1, p. 192-207, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n1/v33n1a15.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2018. DOI: 10.1590/S1414-98932013000100015.

RODRIGUES, B.C.; MOREIRA, C.C.C; TRIANA, T.A.; RABELO, J.F.; IEDA HARUMI HIGARASHI. Limitações e consequências na vida do trabalhador ocasionadas por doenças relacionadas ao trabalho. **Rev Rene**. v 14, n. 2, p. 448-57, 2013.

SALDANHA, J. H. S. et al. Facilitadores e barreiras de retorno ao traba-

lho de trabalhadores acometidos por LER/DORT. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 38, n. 127, p. 122-138, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v38n127/v38n127a14.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2018. DOI: 10.1590/S0303-76572013000100014.

SILVA, R. de S.; MORORÓ, L. P. Por uma política de formação de socioeducadores. In: PAES, P. C. D.; AMORIM, S. M. F. de (Org.). **Adolescentes em Conflito com a lei**: fundamentos e práticas da socioeducação. Campo Grande: UFMS, 2010. Disponível em: <http://ens.sinase.sdh.gov.br/ens2/images/Biblioteca/Livros_e_Artigos/ufms/UFMS.%202010.%20Caderno.%20Adolescente%20em%20conflito%20com%20a%20lei.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

SILVA, S. C. e. Socioeducação e juventude: reflexões sobre a educação de adolescentes e jovens para a vida em liberdade. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 14, n. 2, p. 96-118, jan./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/8398/11639>>. Acesso em: 18 jan. 2018. DOI: 10.5433/1679-4842.2012v14n2p96.

SIQUEIRA, M. M. M. Satisfação no trabalho. In: SIQUEIRA, M. M. M. et al.. **Medidas do comportamento organizacional**: ferramentas de diagnóstico e de gestão. Porto Alegre: Artmed, 2008. 344p.

SOUZA, L. A. de; COSTA, L. F. Liberdade assistida no Distrito Federal: impasses políticos na implementação das normativas do SINASE e do SUAS. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, n. 4, p. 117-134, 2011. Disponível em: <<http://www.pgskroton.com.br/seer/index.php/adolescencia/article/view/255/240>>. Acesso em: 22 jan. 2018. DOI: 10.17921/2176-5626.%25n4p%25p

VERONSE, J. R.; LIMA, F. da S. O Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase): breves considerações. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 29-46, 2009. Disponível em: <<http://pgskroton.com.br/seer/index.php/adolescencia/article/view/185/172>>. Acesso em: 22 jan. 2018. DOI: 10.17921/2176-5626.%25n1p%25p.



➤ ***O ORDENAMENTO JURÍDICO DO ASSÉDIO MORAL NO BRASIL E EM PAÍSES SELECIONADOS***

Nathália da Silva Nunes
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Maria Lúcia Chaves Lima

Após adquirir notoriedade pública e tornar-se uma preocupação social, a expressão Assédio Moral e seu uso corrente terminaram por englobar outros problemas que talvez não caracterizem tal violência propriamente dita, provocando certa confusão no imaginário contemporâneo. Há necessidade de esclarecimento acerca do tema tanto sobre seus conceitos quanto aos aspectos que podem conduzir vítimas a tomarem conhecimento sobre seus direitos.

No Brasil Margarida Maria Silveira Barreto notabilizou-se por duas amplas pesquisas: A primeira delas foi publicada em 2000⁵⁷ junto a 2072 trabalhadores de 97 empresas de grande e médio porte dos setores químico, farmacêutico, cosmético e de plásticos em São Paulo. Mais tarde, em 2005, Margarida Barreto buscou investigar em sua tese de doutorado empresas de diferentes segmentos e categorias de trabalhadores, os quais responderam sobre assédio moral em um questionário específico. Por ser de alcance nacional, a pesquisa permitiu chegar aos dados por região, denunciando a prevalência da prática de humilhações repetitivas nas regiões Sudeste e Nordeste com 70%, ficando a região Norte na última colocação (BARRETO e HELOANI, 2013). A autora considera que o assédio moral é caracterizado pela exposição de trabalhadores a situações vexatórias, constrangedoras e humilhantes durante o exercício de sua função, de forma repetitiva, caracterizando uma atitude desumana, violenta e antiética nas relações de trabalho.

De acordo com Guedes (2003), o assédio moral é reconhecido por ser uma perseguição continuada, cruel e humilhante destinada a afastar a vítima do trabalho com graves danos para a saúde física e mental do mesmo. A perseguição, acrescenta a autora, não necessariamente é deflagrada e realizada pelo superior, pode também contar com a cumplicidade dos colegas de trabalho.

⁵⁷ Primeira pesquisa sobre o assunto no Brasil. Iniciou no ano de 1996 e foi apresentada como dissertação de mestrado em 2000 por Margarida Barreto na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

A deliberada desqualificação da vítima, seguida de sua consequente fragilização com o intuito de neutralizá-la em termos de poder, acarretam o enfraquecimento psíquico procurando anular a vontade daquela que, para o agressor, se apresenta como ameaça (HELOANI, 2004). É, portanto, a intencionalidade uma característica básica para reconhecer uma situação de assédio moral, em outras palavras, forçar alguém a abrir mão de seu emprego, desestabilizando psicologicamente o sujeito, pode facilmente enquadrar-se no recinto das práticas que configuram assédio moral no ambiente de trabalho.

Pelas inúmeras, importantes e cada vez mais atuais contribuições acerca da temática que aqui se apresenta, considera-se digno destacar o trabalho do professor Roberto Heloani que há muito e incansavelmente contribui clarificando aquilo que ainda insiste em permanecer na obscuridade. Psicólogo, estudioso das áreas de Psicologia do Trabalho, Saúde no Trabalho e Psicodinâmica do Trabalho, é cofundador do site *assedio-moral.org* que amplia os horizontes e esclarece questões quando se busca uma compreensão sobre o fenômeno. Este se encontra caracterizado, apresentado em etapas e exemplificado na referida página na internet que além de ser um ponto de partida para quem deseja ter acesso a referências de textos científicos, notícias, vídeos etc, exerce um papel fundamental levantando a bandeira do combate à tão degradante prática.

A maneira não consensual do conceito de assédio moral estabelecer-se, também impulsiona à necessidade de tornar este ensaio enraizado em uma definição que funcione como base para quaisquer esclarecimentos, menções, formulações que se faça no que diz respeito ao fenômeno aqui abordado. Por conseguinte, a definição que se segue, a qual está arraigada nas notáveis concepções de Marie-France Hirigoyen, almeja nortear a trajetória da pesquisa ora explanada:

O assédio moral é uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2013, p. 37).

Hirigoyen (2002) salienta cuidados necessários na hora de lidar com uma situação de assédio moral afirmando que antes de agir é necessário tentar compreender o problema, fazendo uma distinção entre

o que está relacionado às pessoas (eventuais patologias ou fraquezas) e o que tem relação com a organização do trabalho. A autora conclui ressaltando a importância de o assediado buscar ajuda externa assim que tomar consciência da má-fé dos ataques dirigidos a ele na tentativa de buscar uma solução rápida, pois, segundo ela, quanto mais o tempo avança, mais o trabalhador se torna estigmatizado, sem poder de reação, dificultando assim o exercício de suas atividades diárias.

Em seu livro *Mal-estar no Trabalho: redefinindo o assédio moral* (2002) Marie-France Hirigoyen encarrega-se de descrever situações que não se enquadram no conceito de assédio moral como, por exemplo, estresse profissional, conflitos interpessoais, a gestão por injúria, agressões pontuais (uma vez que o assédio moral caracteriza-se antes de tudo pela repetição) e outros tipos de violência psicológica, indicando, inclusive, a necessidade de compreensão desta para que se chegue à conclusão de que determinada situação pode ser considerada, de fato, assédio moral.

Uma fonte inesgotável de conceitos, personagens e *modus operandi*, também pode facilmente encontrar brechas que a façam percorrer caminhos subterrâneos até desaguar em territórios diversos e propícios ao afloramento daquilo que pode ser devastador até que se feche a fonte. O assédio moral também pode ser observado em outras situações e espaços que diferem do ambiente laboral. É forte e capaz!

O que se propõe neste ensaio é sobrepor uma lupa à ocorrência do fenômeno em organizações de trabalho, cujos embates econômicos que nasceram tempos atrás e se perpetuam permitiram terrenos férteis de luta sangrenta onde todo mundo pode estar contra todo mundo num verdadeiro “salve-se quem puder”, buscando salientar aspectos jurídicos em países selecionados, incluindo o Brasil.

O surgimento do assédio moral tem uma forma de acontecer para Freitas, Heloani e Barreto (2013). Ele parte do encontro entre a inveja do poder que o outro possa ter, sendo este real ou imaginário, baseado na competência ou até mesmo na beleza desse outro; e a perversidade. Em artigo publicado há dez anos, Maciel (2007) que trata do assédio moral dirigido a trabalhadores bancários (categoria que há muito se tornou campo de estudos sobre o tema em razão de reunir inúmeras condições propícias ao estabelecimento do fenômeno e, portanto, levar ao conhecimento de casos extremos de adoecimento), atribui-se o início de tudo a aspectos como condições de trabalho que

levam ao estresse⁵⁸ e outros relacionados ao processo de reestruturação produtiva e introdução de novas tecnologias.

Ilustrar a violência psicológica provocada pelo assédio moral no âmbito das empresas e a forma como ela se dá pareceu ser a intenção de Freitas, Heloani e Barreto (2013) ao mencionarem em sua obra *Assédio Moral no Trabalho o sucesso do filme Assédio Sexual*⁵⁹. A polêmica história aborda relações de poder abusivas a partir do apelo sexual partindo de uma mulher que se aproveita de sua posição na hierarquia de uma empresa para coagir o subordinado e concorrente profissional com quem manteve, no passado, uma relação amorosa mal resolvida. A produção cinematográfica tomou grandes proporções justamente por provocar nas pessoas uma espécie de espelhamento daquilo que já se sabia vivenciar no contexto das organizações de trabalho, no entanto, seu nome, características e formas de se dar não eram tão conhecidos, o que ajudou o fenômeno a sair do campo do pontual/individual para o global.

Mais recentemente, em 2011, a arte também buscou imitar a realidade. Dessa vez, a comédia americana *Quero Matar Meu Chefe*⁶⁰ realçou elementos da rotina de trabalho a partir das vivências de três amigos e suas conflituosas relações com seus respectivos chefes. No filme, o executivo de uma empresa financeira é submetido a diversas situações humilhantes a fim de progredir na carreira sendo obrigado, certa vez, a ingerir bebida alcoólica durante o horário de trabalho com o único intuito de ser chamado de alcoólatra pelo seu chefe. Outro personagem é vítima de assédio sexual por parte da dentista de quem é assistente. Há ainda as vivências de um contador que, com a morte súbita do proprietário da empresa onde atua, sai da condição de funcionário padrão no emprego dos sonhos para ser alvo de uma relação complexa e cheia de ameaças por parte do herdeiro. O longa metragem retrata de forma caricatural três situações de assédio cujos elementos levam a crer que os personagens principais já não se encontram em condições de gerenciar os conflitos e/ou buscar mecanismos de extinção da violência sofrida, levando-os a acreditar que a única saída seria assassinar seus respectivos chefes. Ambos os filmes cumprem o que se pode chamar “objetivo indireto” ao oportunizar a ampliação das

⁵⁸ Quadro de distúrbios físicos e emocionais provocado por diferentes tipos de fatores que alteram o equilíbrio interno do organismo (BAUER, 2002).

⁵⁹ Filme distribuído em 2004 pela Warner Bros sob o título original *Disclosure* (Revelação) com os atores Michael Douglas e Demi Moore no papel principal.

⁶⁰ *Horrible Bosses*, no original, foi inspirado no clássico *Pacto Sinistro* de Alfred Hitchcock.

discussões acerca do que se configura a violência psicológica no trabalho, sobretudo a que fere a dignidade dos trabalhadores e os expõe de maneira que torna difícil medir as consequências.

Preocupados com os impactos do assédio moral Heloani e Barreto (2010) defendem que o fenômeno manifesta-se em três diferentes esferas conforme detalhado no quadro abaixo:

Quadro 1 – Impactos do Assédio Moral

NÍVEL INDIVIDUAL	NÍVEL ORGANIZACIONAL	NÍVEL SOCIAL
Comprometimento da personalidade, identidade e autoestima.	Afastamento de pessoal por doenças e acidentes de trabalho.	Sobrecarga do sistema judiciário.
Desordem na vida psíquica, social, profissional, familiar e afetiva.	Aumento da rotatividade. Custos judiciais com o pagamento de indenizações.	Aumento das despesas públicas com acidentes de trabalho, aposentadorias precoces, licenças frequentes e hospitalizações.
Problemas relacionados à depressão, pensamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio.	Queda da produtividade. Enfraquecimento do projeto organizacional em função da desmotivação interna.	

Fonte: Heloani e Barreto, 2010.

Freitas, Heloani e Barreto (2013) fazem diversas referências a aspectos essenciais das pesquisas conduzidas por Leymann (1993) e sua equipe que contribuíram tanto para o entendimento da problemática do assédio moral quanto para a compreensão do ambiente de trabalho e a saúde psíquica abalada pelos prejuízos acima listados. Uma das referências diz respeito a três constatações do pesquisador:

- a) se a vítima não reage quando o *mobbing* tem início, ele se amplia por si mesmo, ou seja, a inércia gera um efeito bola de neve; b) um vez instalado, o *mobbing* torna-se difícil de ser remediado, pois a vítima já está estigmatizada; c) uma vez estigmatizada, desconsiderada, todos os meios são válidos para se livrar dela e os agressores não se consideram ameaçados (FREITAS, HELOANI E BARRETO, 2013, p. 21).

A complexidade do fenômeno é ainda mais realçada quando, somado a todas as constatações que se possa chegar e aos impactos reconhecidamente prejudiciais, pode-se concluir a ação intencional por parte das empresas no sentido de estabelecer a prática do assédio como forma de acirrar a competição. Soboll (2011) alerta acerca disso

que o sujeito assediado, uma vez envolvido ideologicamente com a organização, acredita estar vivenciando práticas de hostilidade como sendo partes integrantes do trabalho, levando este indivíduo a se submeter, aderir e reproduzir a violência sofrida.

Garcia e Tolfo (2011) reúnem esforços na tentativa de esquadriñar a anatomia do assédio moral até que chegue à condição de nocivo à saúde psíquica e adaptam de Hirigoyen (2002) em Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral um quadro que ilustra de forma detalhada o fenômeno:

Quadro 2 – Diferentes Formas de Assédio Moral

<p>DETERIORAÇÃO PROPOSITAL DAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar da vítima a autonomia • Não lhe transferir mais as informações úteis para a realização das tarefas. • Contestar sistematicamente todas as suas decisões. • Criticar seu trabalho de forma injusta ou exagerada. • Privá-la do acesso a instrumentos de trabalho. • Retirar o trabalho que normalmente lhe compete. • Dar-lhe permanentemente novas tarefas. • Atribuir-lhe proposital e sistematicamente tarefas inferiores às suas competências. • Pressioná-la para que não faça valer seus direitos trabalhistas.
<p>CONDIÇÕES DE TRABALHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agir de modo a impedir que obtenha promoção. • Atribuir à vítima, contra a vontade dela, trabalhos perigosos. • Atribuir à vítima tarefas incompatíveis com a sua saúde. • Causar danos em seu local de trabalho. • Dar-lhe deliberadamente instruções impossíveis de executar. • Não levar em conta recomendações de ordem médica indicada pelo médico do trabalho. • Induzir a vítima ao erro.
<p>ISOLAMENTO E RECUSA DE COMUNICAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A vítima é interrompida constantemente. • Superiores hierárquicos ou colegas não dialogam com a vítima. • A comunicação com ela é unicamente por escrito. • Recusam todo contato com ela, mesmo o visual. • É posta separada dos outros. • Ignoram sua presença, dirigindo-se apenas aos outros. • Proíbem os colegas de lhe falar. • Já não a deixam falar com ninguém.
<p>ATENTADO CONTRA A DIGNIDADE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizam insinuações desdenhosas para qualificá-la. • Fazem gestos de desprezo diante dela. • É desacreditada diante dos colegas, superiores ou subordinados. • Espalham rumores a seu respeito. • Atribuem-lhe problemas psicológicos. • Zombam de suas deficiências físicas ou de seu aspecto físico. • Criticam sua vida privada. • Zombam de suas origens ou de sua nacionalidade. • Implicam com suas crenças religiosas ou convicções políticas. • Atribuem-lhe tarefas humilhantes. • É injuriada com termos obscenos ou degradantes.

VIOLÊNCIA VERBAL, FÍSICA OU SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> • Ameaças de violência física. • Agridem-na fisicamente, mesmo que de leve. • Falam com ela aos gritos. • Invadem sua vida privada com ligações telefônicas ou cartas. • É assediada ou agredida sexualmente. • Não levam em conta seus problemas de saúde
---------------------------------------	---

Fonte: Garcia e Tolfo (2011, p. 40).

O quadro confere acessibilidade ao tema de forma que possibilita ao leitor chegar à constatação de que se trata de um tipo de violência com as mais diversificadas manifestações, o que permite classificá-la em quatro grandes categorias. Sobre tais manifestações Freitas, Heloani e Barreto (2013), alertam a respeito de dois importantes aspectos: o caráter repetitivo e frequente dos comportamentos direcionados às vítimas e a possibilidade de justaposição das manifestações, ou seja, “[...] o agressor pode lançar mão de diversos tipos simultaneamente, o que torna o ataque muito mais poderoso e rápido no seu intento de destruir o outro”.

Fechar ou abrir os olhos para esses ataques é uma decisão a ser tomada pela empresa. Reconhecer o assédio moral como uma violência humana e social é algo que precisa ultrapassar os muros das organizações de trabalho na tentativa de unir forças (principalmente no âmbito da produção científica) para pensar o fenômeno nas suas mais variadas manifestações nos ambientes corporativos e oportunizando discussões que podem levar aos caminhos de prevenção e minimização de ocorrências que tanto se espera.

A compreensão do assédio moral no trabalho como uma prática de violência contra alguém é princípio fundamental para o entendimento de que a questão deva ser tratada também no âmbito judicial. Estabelecida a relação, aprofunda-se a mesma relembando a condição imposta pela ética que conhecemos como o conjunto de valores que norteiam o comportamento das pessoas em sociedade e, portanto, define formas de conduta entre as pessoas em qualquer meio social que estejam.

A Consolidação das Leis do Trabalho - CLT que é o conjunto de leis que regula as relações entre empregador e empregado no Brasil, não menciona diretamente o assédio moral, mas desde o final da década de 90 a justiça do trabalho vem aceitando casos deste tipo de violência e são essas sentenças dos juízes condenando empregadores que, desde então, estão servindo de base para futuros processos; são as jurisprudências que apoiam e oferecem controle jurídico aos casos.

Na tentativa de ilustrar tais decisões legais, cabe citar a seguir um exemplo divulgado pela juíza do trabalho, Ana Paula Sefrin Saladini, em seu artigo *Trabalho, Medo e Sofrimento: Considerações acerca do assédio moral*, o qual conta com descrições de casos relatados à autora no exercício da função jurídica, além de chamar a atenção para o crescimento de ações trabalhistas denunciando práticas de assédio moral como justificativa para o incremento da produtividade.

O TRT Capixaba condenou uma empresa de comunicação por se utilizar de *dinâmicas de grupo*, em treinamentos e no dia-a-dia de trabalho, que eram consideradas vexatórias, como dançar a *dança da boquinha da garrafa e o bonde do tigrão*. Nessa ocasião o Regional entendeu que: ...o empregador e responsável pela saúde emocional de seus empregados e não pode permitir que meros instrutores utilizem, de modo absolutamente temerário, uma ferramenta científica própria da psicologia, cuja consequência é tão-somente a humilhação e o constrangimento do trabalhador. [...] Os atos praticados pela recorrida ultrapassam os limites profissionais, porque minam a saúde física e mental da vítima e nada tem de modernos - TRT, 17a Região, RO 01294.2002.007.17.00.9 – Ac. 23.10.03 – Relatora Juíza Sonia das Dores Dionísio – LTr 68-03, marco de 2004, p. 356-359 (SALADINI, 2013, p. 83).

A dificuldade em percorrer o caminho judicial que leve à penalização do assediador é, por vezes, atribuída à “invisibilidade” do fenômeno. Dito de outro modo, condenações como a exemplificada acima, ainda não são comuns e a justificativa dada para isso é a de que a subjetividade⁶¹ permeia os relatos de vítimas e testemunhas, dificultando a comprovação dos fatos necessária na esfera criminal, ou ainda, conforme observado metaforicamente por Freitas, Heloani e Barreto (2013, p. 77) “[...] tais humilhações são, geralmente, perpetradas ‘com luvas’, ou seja, sem deixar as digitais do agressor”.

A Constituição Federal do Brasil em seu Capítulo I que trata dos direitos e deveres individuais e coletivos garante, a partir do texto disposto no artigo quinto, inciso dez, a inviolabilidade da intimidade e cita a expressão dano moral (também previsto no Código Civil do Brasil), tornando o referido texto bastante abrangente: “Art. 5º - Inciso X - São invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem

⁶¹ “[...] um complexo e plurideterminado sistema, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social” (GONZÁLEZ REY, 2003, p. 9).

das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação (BRASIL, 1988).

No entanto, assédio moral e dano moral, apesar de caminharem juntos, têm suas diferenças. Freitas, Heloani e Barreto (2013, p. 90) auxiliam-nos a discernir tais fenômenos deixando claro que “apesar de todo assédio moral conter um conjunto de danos morais [...] nem todo dano moral constitui, por si só, um assédio moral”. Os autores ampliam a interpretação ressaltando ser o assédio moral uma categoria ou espécie de dano moral e, este último, é mais abrangente e direcionado ao patrimônio simbólico das pessoas, a tudo o que não tem preço e que concretiza a identidade e dignidade humana.

O site *assediomoral.org* disponibiliza os textos na íntegra de leis relativamente recentes aprovadas pelos governos Francês e Argentino, em janeiro de 2002 e fevereiro 2004, respectivamente. Na França, o capítulo 4 da *Loi de Modernisation Sociale* - Lei de Modernização Social de 17 de Janeiro de 2002 que prevê pena de até um ano ou multa para quem perpetra este tipo de violência é intitulado *Lutte contre le harcèlement moral au travail* (luta contra o assédio moral no trabalho). Na Argentina, o primeiro artigo mencionado na lei deixa claro que os funcionários e colaboradores da província não poderão exercer sobre outros os comportamentos que esta lei define como violência laboral. São ainda poucos os países que criaram leis específicas contra a violência psicológica no trabalho. O quadro a seguir traz alguns países e seus respectivos envolvimento legais com a questão do assédio moral.

Quadro 4 – Legislação do Assédio Moral em Países Selecionados

<p>SUÉCIA</p> 	<p>Apresenta ordenamento jurídico exclusivo para o assédio moral: Lei Básica de Proteção Contra os Riscos Laborais de 31 de Março de 1994. Resolução publicada pelo <i>National Board of Occupation Safety and Health</i>, quase um código de conduta no espaço laboral, institui medidas contra quaisquer ações frequentes e hostis ocorridas no confronto de trabalhadores, capazes de determinar o afastamento ou demissão do empregado.</p>
<p>REINO UNIDO</p> 	<p>Não possui legislação específica. Possui um instrumento jurídico que visa à proteção do cidadão em relação a qualquer conduta agressiva perpetrada por outra pessoa – <i>Protection from Harassment Act</i>. Abrange a questão legal e indenizatória, serve para intimidar os transgressores com o aceno de multa (máximo de cinco mil libras) ou de detenção de até seis meses, prevê a possibilidade de acordo entre o agressor e a pessoa assediada, com o intuito de que as condutas abusivas cessem a partir de então. Caso contrário, o alzoj terá que dar satisfação à Justiça Criminal, estando sujeito a uma pena de até cinco anos de prisão, podendo também ser condenado pela Justiça Civil a indenizar o ofendido pelos danos sofridos.</p>

<p>PORTUGAL</p> 	<p>Possui o Projeto de Lei n. 252/VIII de 27 de Junho de 2000. Denominado Proteção Laboral Contra o Terrorismo Psicológico ou Assédio Moral. Prevê sanção penal de um a três anos de reclusão ou pena alternativa de indenização, pontuando a ação preventiva como obrigatória.</p>
<p>ITÁLIA</p> 	<p>Não conta com ordenamento jurídico totalmente específico. O Direito desse país possui eficientes dispositivos para que as pessoas humilhadas e fragilizadas não se sintam desamparadas.</p>
<p>URUGUAI</p> 	<p>Possui um Projeto de Lei de 12 de Abril de 2000. Denominado Faltas Laborales Graves e prevê a responsabilidade solidária da empresa pelo mal, caso não comprove um programa de prevenção ao fenômeno</p>
<p>COSTA RICA</p> 	<p>Possui Projeto de Lei. Reivindica responsabilidade preventiva por parte do patrão e demissão por justa causa do empregado agressor</p>
<p>ESTADOS UNIDOS</p> 	<p>Não há legislação específica nem homogênea sobre o tema, mas os Estados Federados possuem liberdade para legislar. Possui instrumento jurídico: Civil Rights Act – São os chamados Atos de Direitos Cívicos de 1964 que proíbem qualquer tipo de discriminação no trabalho. A Suprema Corte menciona três fatores que caracterizam o moral harassment (assédio moral): A gravidade da conduta, a frequência da violência e sua influência na produtividade do trabalhador.</p>
<p>BÉLGICA</p> 	<p>Possui uma Lei Concernente à Proteção Contra a Violência e o Assédio Moral e Sexual no Trabalho de 1º de Julho de 2002. Prevê a obrigatoriedade de planos preventivos e caracteriza-se pela proteção o empregado assediado e também às suas testemunhas de defesa no que concerne a uma eventual demissão arbitrária. Contempla ainda o instrumento de conciliação entre agressor e vítima.</p>
<p>A Resolução n. 2.339 de 20 de Setembro de 2001 sancionada pelo Parlamento Europeu trata do assédio moral no local de trabalho e beneficia todos os países da União Europeia em vinte e cinco itens indicando a complexidade do tema, enquadrando-o como um grave problema da vida laboral, chamando a atenção para a desconhecida dimensão do fenômeno e a necessidade de novas medidas combativas.</p>	

Fonte: Freitas; Heloani; Barreto, 2013.

A Resolução 1488 do Conselho Federal de Medicina do Brasil, publicada em 6 de março de 1998, versa sobre normas específicas e deveres de profissionais médicos com relação à saúde do trabalhador. A resolução não cita o assédio moral especificamente, mas recomenda aos médicos, entre outros aspectos, que prestem assistência ao trabalhador independentemente de sua especialidade ou local em que atuem, e ainda, atentem para o nexo causal entre os transtornos de saúde e as atividades do trabalhador, além do exame clínico (físico e mental) e exames complementares.

Em 2007, por meio de uma portaria da Secretaria de Inspeção do Trabalho e do Departamento de Segurança e Saúde no Trabalho vinculados ao Ministério do Trabalho, foi aprovado o Anexo II da Norma Regulamentadora nº17. A NR estabelece a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores em geral e trata, em seu Anexo II, do trabalho em atividades de teleatendimento/telemarketing nas diversas modalidades desse serviço, visando o conforto, segurança, saúde e desempenho eficiente. O item 5.13 do referido Anexo aborda a questão do assédio moral com o seguinte texto:

É vedada a utilização de métodos que causem assédio moral, medo ou constrangimento, tais como: a) estímulo abusivo à competição entre trabalhadores ou grupos/equipes de trabalho; b) exigência de que os trabalhadores usem, de forma permanente ou temporária, adereços, acessórios, fantasias e vestimentas com o objetivo de punição, promoção e propaganda; c) exposição pública das avaliações de desempenho dos operadores (BRASIL, 2007).

A aprovação do Anexo foi considerada uma conquista da categoria que já esteve no topo da lista quando o assunto é o sofrimento causado pelas regras abusivas impostas aos trabalhadores em telemarketing. O texto traz ainda, entre outros aspectos, a extinção do controle de idas ao banheiro (prática comum em empresas deste segmento) por parte da empresa, uma vez que a mesma deve permitir que os trabalhadores ausentem-se de seus postos de trabalho a qualquer momento da jornada para satisfação de suas necessidades fisiológicas, sem repercussão sobre suas remunerações.

É importante frisar que não há no Brasil, até o presente momento, uma lei específica sobre o tema no âmbito federal. Existe um número considerável de projetos de lei e até mesmo leis em vigor nas esferas municipal e estadual (como o Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, que foi o primeiro a possuir legislação completa sobre assédio moral), no entanto, o Estado do Pará não figura na lista. Embora haja esforços dos governos estaduais e de seus parlamentares na implementação de leis, cabe ressaltar que a CLT rege as relações trabalhistas no âmbito federal, portanto quaisquer ordenamentos jurídicos de competência dos Estados, somente tem ingerência nas instituições que fazem parte da administração pública estadual, não estão inclusas empresas privadas.

Observa-se com este apanhado teórico que a frequência devastadora de casos, os números com proporções endêmicas e toda a at-

mosfera criada tanto pela ocorrência do fenômeno nas instituições de trabalho quanto pela ausência de regulamentação, até o presente momento, não parecem ser motivação suficiente para adoção de medidas legais que contenham e previnam circunstâncias assediadoras.

REFERÊNCIAS

BARRETO, Margarida M. S.; HELOANI, Roberto. Assédio Moral e insegurança no emprego: seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In: MENDES, Mendes (Org.). **Patologia do trabalho**. 3. ed. v. 1, p. 661 – 676. São Paulo: Atheneu, 2013.

BAUER, Moisés Evandro. Estresse: Como ele abala as defesas do organismo? **Ciência Hoje**. vol. 30, n 179, p. 20-25, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 9 de 30.03.2007. Aprova o Anexo II da Norma Regulamentadora nº 17 - Trabalho em Teletendimento/Telemarketing. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 Abr. 2007. Disponível em <www.sintratel.org.br/site/index.php/noticias/institucional/528-anexo-ii-da-nr-17>. Acesso em: Acesso em 01 de ago. 2017

FREITAS, M. E.; HELOANI, J. R. M.; BARRETO, M. **Assédio Moral no Trabalho**. reimpr. da 1. ed. de 2008. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

FREITAS, M. E.; HELOANI, J. R. M.; BARRETO, M. **Assédio Moral no Trabalho**. São Paulo: CENGAGE LEARNING, 2008.

http://www.asfoc.fiocruz.br/portal/sites/default/files/2cartilha_assedio_moral_e_sexual.pdf p. 27

GARCIA, Ivonete Steinbach; TOLFO, Suzana da Rosa. **Assédio moral no trabalho**: culpa e vergonha pela humilhação social. Curitiba: Juruá, 2011.

GONZÁLEZ REY, F. L. **Sujeito e subjetividade**. São Paulo: Thomson, 2003.

GUEDES, Márcia Novaes. Assédio moral e responsabilidade das or-

ganizações com os direitos fundamentais dos trabalhadores. **Revista Amatra** 2. v 4, n. 10. São Paulo, dez. 2003. Disponível em: <<http://www.baleia.net/arqs/download/184.pdf>>. Acesso em 10 jul. 2017.

HELOANI, Roberto. Assédio moral: um ensaio sobre a expropriação da dignidade do trabalho. **RAE – eletrônica**, v. 3, n. 1, Art.10, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v3n1/v3n1a12>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

HELOANI, J.R.; BARRETO, M. Aspectos do trabalho relacionados à saúde mental: assédio moral e violência psicológica. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Org.). **Saúde mental no trabalho**: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010. p. 31- 48.

HIRIGOYEN, Marie-France. Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

LEYMANN, H. **Pérsecusion au travail**. Paris: Seuil, 1993.

MACIEL, Regina Heloisa et al. . Auto relato de situações constrangedoras no trabalho e assédio moral nos bancários: uma fotografia. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 117-128, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010271822007000300016&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 18 jan. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000300016>.

SALADINI, Ana Paula Sefrin. Trabalho, medo e sofrimento: considerações acerca do assédio moral. **Revista Eletrônica**, p.72-88, mar/2013.

SALADINI, Ana Paula Sefrin. Trabalho, medo e sofrimento: considerações acerca do assédio moral. **Revista eletrônica : Tribunal Regional do Trabalho do Paraná**, Curitiba, v. 2, n. 16, p. 72-88, mar. 2013. Disponível em: <<https://juslaboris.tst.jus.br/handle/1939/87143>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

SOBOLL, Lis; JOST, R. C. F. **Assédio moral no trabalho**: patologia da solidão usada como estratégia de gestão organizacional. In: SZNELWAR, Laerte Idal. (Org.). Saúde dos Bancários. 1. ed. São Paulo: Publisher Brasil: Ed. Gráfica Atitude, 2011. v. 1, p. 249-262.



➤ **POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO E A SAÚDE NO TERRITÓRIO DA AMAZÔNIA: O CASO DO MÉDIO TAPAJÓS/PA**

Franciclei Burlamaque Maciel
Júlio Cesar Schweickardt
Rodrigo Tobias de Sousa Lima

INTRODUÇÃO

O olhar do Estado brasileiro sobre a região da Amazônia brasileira sempre esteve relacionado com as questões geopolíticas e econômicas. Isso se evidencia desde o período da colônia que extraía as “drogas do sertão” para abastecer o mercado europeu com especiarias. Logo em seguida, tivemos o conhecido período da borracha, que, no final do século XIX e início do XX, foi baseado num sistema de exploração do trabalho indígena e dos nordestinos que migraram para os seringais das principais calhas de rios e foram submetidos por um sistema de escravidão através do endividamento permanente. Em seguida temos o período da ditadura militar, que utiliza a ideologia da integração nacional, para justificar a implantação de grandes projetos com o argumento geopolítico e de desenvolvimento da região. No entanto, segundo Becker (2001), esses projetos produziram o contrário da propaganda, pois ignoraram as condições ambientais e as populações que habitavam a região.

Desde a década de 1970, os projetos na Amazônia foram produzindo intensos processos migratórios, seguidos de rastros de degradação ambiental, precárias condições de trabalho e alterações nos modos de vida das populações locais e dos novos agrupamentos que chegaram à região (FREITAS; GIATTI, 2009; MINAYO; MIRANDA, 2002). Lima (2016) afirma que os impactos gerados por esses projetos, foram desfavoráveis à qualidade de vida e saúde da população local. Os efeitos no ambiente influenciam a proliferação de doenças parasitárias como malária e leishmanioses. Fato registrado pelas Secretarias de Saúde dos estados na Amazônia, que revelam o aumento dessas doenças, a partir da ocupação de áreas até então pouco habitadas. As políticas de desenvolvimento praticadas na Amazônia têm produzido não somente transformações ambientais como tem trazido um “acelerado e violento reordenamento da ocupação e uso dos territórios” (SANT’ANA JÚNIOR, 2014, p. 105), criando situações que colocam em risco a vida e a cultura de muitas populações, sejam as tradicionais, ou mesmo as populações que vivem nas margens desses grandes projetos.

Na contramão desses projetos, autores como o pesquisador Fernside (2015), afirmam que a política pública para a Amazônia deve contemplar prioritariamente a qualidade de vida e da saúde da população, sem o qual o chamado desenvolvimento remeterá as experiências pretéritas dos anos 1960, com elevados passivos socioambientais dos projetos de integração nacional com reduzidos resultados qualitativos para a população local.

Considerando essas questões relacionadas ao desenvolvimento regional e a realidade local, compreendemos como sendo importante discutir o projeto das Estações de Transbordo e Cargas (ETCs) na região do médio Tapajós e as consequências para na vida das pessoas e as transformações do território amazônico. Desde já, entendemos que as propostas de mitigação do impacto social das obras não respondem adequadamente para as consequências geradas pela proposta de desenvolvimento regional proposta pelo estado brasileiro e o capital. Nesse sentido, entendemos que as ETCs fazem parte de um projeto econômico com base no agronegócio e de exportação, que implicam diretamente nas condições de vida e de saúde da população local. Assim, temos como objetivo compreender os efeitos sobre a saúde da população, principalmente pela migração de trabalhadores e outras pessoas relacionadas às obras do projeto.

CENÁRIO E MÉTODO DE ESTUDO

O cenário de estudo é o Distrito de Miritituba, localizado no município de Itaituba no estado do Pará, na Região de Integração do Tapajós. O Distrito de Miritituba localiza-se a margem direita do Rio Tapajós, onde estão se instalando 14 Estações de Transbordo e Cargas (ETCs), sendo que cinco estão em operação. Ao mesmo tempo estão se instalando dois portos de distribuição de combustíveis de iniciativa privada. Do ponto de vista da política do agronegócio, essa localização é estratégica por facilitar a expansão dos produtos com redução do tempo entre as regiões exportadoras de grãos, impactando sobre os custos de logística.

O projeto tem gerado múltiplos efeitos no entorno da BR-230 (Transamazônica Cabedelo/PB a Lábrea/AM) e no Distrito de Miritituba, entre outras localidades. Partimos de dois referenciais teóricos para compreender o problema exposto acima: a categoria território de Milton Santos (2004) que nos ajuda a compreender a dinâmica do espaço; a segunda é a categoria de ecologia política (PORTO; MARTINEZ-ALIER, 2007), que traz o entendimento da inter-relação entre ambiente e saúde e os efei-

tos dos processos econômicos, políticos e sociais nos modos de vida e à saúde da população. A relação entre essas categorias aponta para a correlação entre as relações de poder (RAFFESTIN, 1993) que são determinadas pelas questões na questão político-econômicas que sustentam o modelo de desenvolvimento regional pretendido pelo estado.

Destacamos na análise o papel do estado e da política pública de desenvolvimento regional e os seus desdobramentos dessas políticas no território específico da região. A tônica desse processo deu-se na relação entre o ambiente e as relações sociais, nas escalas do Estado, Região, território e o Município e na relação entre o modelo de desenvolvimento regional e cotidiano amazônico. Os dados secundários analisados através da documentação oficial dos três entes da federação (Federal, Estadual e Municipal). Os dados primários foram coletados através de entrevistas e observação participante no Município de Iaituba e no Distrito de Miritituba nos anos de 2016 e 2017.

TERRITÓRIO, ECOLOGIA POLÍTICA E SAÚDE

As transformações socioambientais que afetam o território não são de origem apenas de ordem natural, mas das ações decisórias do Estado e da ação do capital. Na região Amazônica essa realidade mostra-se altamente relevante, já que muitas ações têm procedência exógena com ou sem a parceria de atores e instituições locais. As discussões sobre o conjunto dessas ações, na maioria das vezes, apresentam a região com grandes capacidades para atender as demandas associadas a economia nacional e internacional. Os grandes empreendimentos, planejados no âmbito das políticas públicas, são principalmente na área da mineração e na construção de infraestrutura como estradas, portos e hidrelétricas (MACIEL, 2015).

As relações sociais cotidianas da região dos quais Becker (1983) se apropria para apresentar o território como um produto construído pelas ações dos sujeitos sociais, consumido e vivido, caracterizando uma prática social no território. Esse território representa um espaço geográfico construído pelas relações sociais, pela cultura do povo, e tem delimitação institucional, fato que supera a ideia de espaço físico.

Num sentido stricto, o território é um termo político (BECKER, 1988) adotado para referir-se ao espaço geográfico (SANTOS e SILVEIRA, 2004), o qual deve ser entendido como extensão de diversas formas de apropriação, marcadas por manifestações interligadas. É no território

que ocorrem as manifestações do poder de diferentes sujeitos que envolve o próprio Estado, a sociedade, e as empresas dos quais emergem as territorialidades e as geopolíticas com as pressões e as articulações.

Mesmo em um contexto de transformações socioambientais, o território possui peculiaridades e características próprias traduzidas nas formas de vivência de sua população, a expressão da cultura e necessidades que decorrem da vivência cotidiana. No entanto, “alguns territórios ficam à margem da sociedade, numa exclusão muito mais social do que geográfica” (SCHWEICKARDT et al., 2016, p.16, 17). Nesse contexto, os aspectos contraditórios no sentido da desigualdade no território podem ser resultado de ações exógenas sobre o sujeito ou do grupo social, ou dos próprios sujeitos locais dependendo das ações dos poderes.

O território também entendido como uma unidade com diversidade (SANTOS; SILVEIRA, 2004), representando uma questão central no campo de discussão teórica e política da abordagem da ecologia política, que analisa os conflitos ecológicos distributivos decorrentes desses processos (FREITAS e PORTO, 2007; PORTO e MARTINEZ-ALLIER, 2007). Os efeitos se traduzem nas transformações do ambiente que afetam a qualidade da vida e de saúde da população, dificultando o acesso aos serviços públicos. Os conflitos distributivos se associam ainda aos múltiplos atributos naturais que envolvem a apropriação material e econômica do ambiente, impactando no ambiente e na relação saúde-doença (PORTO et al., 2013). Esses processos podem gerar muitas vezes efeitos desiguais afetando o bem-estar social, seja com a degradação ambiental ou com o crescimento demográfico decorrente dos processos estabelecidos e que pressionam a rede de serviços públicos. Nesse caso, a ecologia política aponta para os problemas ambientais os quais devem ser compreendidos a partir dos contextos políticos e econômicos que ocasionam esses problemas.

Para Monken et al. (2008) a ecologia política é uma abordagem teórica que tem como objetivo esclarecer os efeitos da relação entre o sujeito social e o ambiente do ponto de vista epidemiológico. O pressuposto da ecologia política é a ideia de multicausalidade entendendo que os fenômenos relacionados às atividades econômicas e às transformações socioambientais afetam a qualidade de vida. Essa discussão aponta para a relação da ecologia política com a saúde coletiva e visa mostrar a relação saúde-ambiente e os riscos à saúde a partir dos processos sociais e práticas econômicas (HENRIQUE; PORTO, 2012; PORTO, 2012).

A ecologia política enquanto abordagem teórica, segundo Porto (2012, p. 209), “tem o desafio de fortalecer a integridade e a saúde das localidades e dos ecossistemas ao integrar criticamente questões sociais, econômicas, ambientais e de saúde na perspectiva territorialista”. Tal integração é importante para compreender e enfrentar os efeitos socioambientais, a partir do entendimento da relação entre as dimensões da saúde e do ambiente que se materializam no lugar, onde os impactos são produzidos e atuam sobre os ecossistemas e os sistemas sociais e políticos.

Os riscos à saúde advindos desses processos são implícitos nos processos histórico, social, cultural e econômico. Os efeitos sobre a saúde se dão através da poluição do ar, água, solo, alimentos, entre outros, entendidos como riscos extensivos que afetam as pessoas que vivem e interagem com o território. Para Porto (2012) os riscos que afetam à saúde são classificados como de exposição dos sujeitos sociais às condições ambientais desfavoráveis ao bem-estar, podendo influenciar nas manifestações de doenças e mortes.

O modelo teórico da ecologia política procura revelar os efeitos gerados da economia no ambiente, materializados nos conflitos que envolvem a transferências do ônus em termos negativos, principalmente para os contextos sociais menos favorecidos economicamente. Porto (2012, p. 228) destaca que a situação pode ser agravada com a vulnerabilidade institucional, pelas situações de “[...] deficiências nas instituições públicas e profissionais que atuam nas atividades de regulação, fiscalização e migração dos riscos” à saúde. O reconhecimento e a compreensão desses contextos são importantes, sobretudo quando se relaciona aos modos de vida das pessoas no cotidiano do território, a partir das proximidades e interações com o ambiente e com demais aspectos que as envolvem, como o econômico e epidemiológico.

Levando-se em conta esses condicionantes da saúde e ambiente, torna-se imperioso a elaboração de políticas com “possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutive dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde” (SCHWEICKARDT, 2016, p. 82). Esse contexto revela a importância de considerar a epidemiologia no cotidiano dos serviços como uma ferramenta de gestão e do trabalho em saúde de grande relevância social (SOARES; SCHWEICKARDT, 2016). Desse modo, uma proposta de inclusão nas agendas das políticas públicas de saúde aponta para o encontro entre a vida cotidiana dos sujeitos sociais e suas demandas e a capacidade de resposta pública às características do lugar e do território com suas marcas e rugosidades.

ECOLOGIA POLÍTICA DOS PROJETOS DE DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO NORTE

Na segunda metade do século XX as políticas públicas para a região Amazônica refletiram interesses nacionais a partir da lógica territorial seletiva, enfatizando os investimentos para a dimensão da infraestrutura (BECKER, 2007; RODRIGUES; RODRIGUES, 2015). O planejamento para a região Amazônica foi efetivado através do Programa Avança Brasil (PAB) para o período de 2000 a 2003, que foi sendo implementado nos anos seguintes. Esse Programa utilizou as estratégias de “corredores de desenvolvimento para acelerar a circulação no território” (BECKER, 2007, p. 132).

O desenvolvimento regional, segundo Boisier (1999), é um processo de mudança na estrutura de um determinado território que está em constante progresso com intervenções políticas públicas. As mudanças estão relacionadas às ações do governo por meio de políticas que estimulem o desenvolvimento e as intervenções em áreas geograficamente delimitadas. Desse modo, a política de desenvolvimento procura articular o desenvolvimento com ações específicas para os territórios em processo de territorialização (MACIEL, 2015). No entanto, o conceito de desenvolvimento deve expressar a qualidade de vida em relação com as liberdades políticas e as oportunidades sociais. Assim, o desenvolvimento implica na qualidade do bem-estar social, econômico, ambiental, em sua totalidade (Sen, 2010).

A lógica da política de desenvolvimento demanda estratégias de integração que envolve a União, estados e municípios voltados à transformação social de cunho endógeno qualitativo para promover o bem-estar dos habitantes do território (MACIEL, 2015). É nesse território que se revela o cotidiano dos sujeitos e onde o processo da territorialização das políticas de desenvolvimento ocorre. Nesse caso, a ecologia política dos projetos de desenvolvimento trata das dinâmicas do território, envolvidos na dialética entre os empreendimentos de desenvolvimento e as transformações socioambientais que propiciam as pressões sobre o ambiente e à saúde.

A partir do ano de 2007 o governo federal empreendeu esforços por meio de programas, políticas e projetos para atender os territórios como da região Amazônica com infraestrutura e processos de inclusão produtiva, com o objetivo de aumentar a renda, dando condições de maior dinamismo econômico e melhorando das condições de vivência (CAVALCANTI et al., 2014). No caso estudado, o investimento se deu

através do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) que envolviam a integração de redes de transporte multimodal entre os estados brasileiros e os países vizinhos (SIFFERT et al., 2014). Podemos identificar, ainda que implicitamente, a presença da lógica da integração nacional ou do próprio “vazio demográfico” nas políticas governamentais mais recentes, ideias presentes nos projetos dos governos militares.

A região Norte serve de cenário para o estabelecimento da lógica de Região de Integração (RI), com a finalidade de ampliar a territorialidade das políticas públicas estabelecidas pelos governos. No Estado do Pará foram constituídas doze RI: Araguaia, Baixo Amazonas, Carajás, Guamá, Lago de Tucuruí, Metropolitana, Marajó, Rio Caeté, Rio Capim, Tocantins, Tapajós e Xingu. A RI Tapajós é composta pelos municípios (IDESPE, 2014) de, Aveiro, Itaituba, Jacareacanga, Novo Progresso, Rurópolis, Trairão. Com essa divisão é possível integrar as ações dos três entes federativos (Federal, Estadual e municipal), com a integração de agentes privados no Estado do Pará, na tentativa de atenuar as desigualdades inter-regionais e valorizar as atividades econômicas (emprego e renda), os recursos naturais, e a diversidade cultural das Regiões de Integração (PARÁ, 2008).

A localização geográfica definida no planejamento dos governos para o desenvolvimento precedeu de estruturas que otimizassem a produção do agronegócio. Nesse caso, o município de Itaituba, localizado na RI Tapajós está numa localidade estratégica para a economia do agronegócio. A BR-230 e o Rio Tapajós conectam-se a Itaituba, sendo ainda próximo da BR-163 (Santarém-Cuiabá) que conecta a região do Centro-Oeste, reduzindo o tempo entre as regiões exportadoras de grãos e os custos com transporte.

Além disso, o Distrito de Miritituba, onde estão sendo construídas as ETCs, receberá os caminhões com grãos provenientes de várias regiões do Brasil. O trecho do escoamento dos grãos prossegue por via fluvial em barcaças para os portos em Santarém, Santana em Macapá, ou o porto da Vila do Conde em Barcarena no estado do Pará (MACIEL, 2015), de onde prosseguem por via fluvial para portos internacionais (BRASIL, 2011; FEARNSSIDE, 2015). Assim, os governos federal e estadual argumentam que tal investimento irá reduzir as desigualdades sociais no mesmo ritmo da ampliação da capacidade produtiva da região.

No planejamento houve tentativas de diálogo entre o governo federal, moradores do município de Itaituba e do Distrito de Miritituba e

atores da região, sobre a política pública para o Tapajós. No entanto, a pactuação do estado se deu com o seguimento privado, descentralizando investimentos públicos a favor da economia do agronegócio. No processo de observação da pesquisa, notamos claramente a ausência de representantes do setor da saúde, e, portanto, não foi incluso no planejamento para influenciar na redução dos impactos no ambiente que afetam a qualidade de vida e saúde da população local.

As ETCs estão em processo de instalação em Miritituba através das empresas graneleiras da Cargill, Hidrovias Brasil S.A, Unitapajós, Ciamport. Os múltiplos efeitos gerados pelas empresas acirram as tensões no entorno do ambiente e saúde, e consequentemente afetando a equidade social (SCOREL, 2008). Do ponto de vista do capital, a equidade não aparece no cenário social, produzindo mais exclusão ou restrição do acesso a determinados bens e serviços públicos que favorecem a saúde.

Efeitos ecológicos distributivos no Território: do ambiente a saúde

A expansão da econômica do agronegócio por meio do Corredor Logístico Norte gera múltiplos efeitos no entorno da BR-230 no Distrito de Miritituba. A tendência reflete-se no aumento dos processos migratórios no entorno das obras, aumento de acidentes (BRASIL, 2014), desmatamento, além de influenciar diretamente na vegetação e alterando o regime de cheia e na vazante do rio (FEARNSIDE, 2015). Diante desses efeitos causados, as agências deveriam apresentar respostas institucionais na mitigação do problema. No entanto, observamos que a saúde e o ambiente não são relevantes nos planejamentos dos empreendimentos. Por isso as ações são mediáticas e improvisadas no enfrentamento das questões referentes à saúde e ao ambiente.

Freitas e Giatti (2009) advertem sobre a importância de realizar pesquisas em empreendimentos de grande porte para indicar a situação da saúde relacionada ao cenário socioambiental que é palco de danos que comprometem a qualidade da vida e a saúde. De forma geral, esses alertas já fazem parte dos diferentes empreendimentos previstos e em implantação na região do Médio Rio Tapajós. As obras do PAC, segundo Leitão (2009) já passaram por Estudos de Impacto Ambiental (EIA). No entanto, os EIAs não dão garantia de ações mitigadoras de impactos gerados no ambiente e a sociedade. Isso é preocupante quando se pensa nas áreas próximas aos ETCs do Médio Rio Tapajós, principalmente as áreas consideradas de influência indireta dos impactos, conforme dados apresentados nos EIAs dos ETCs (BRASIL, 2012; CIANPORT, 2012; COMMODITIES, 2016; TERFRON, 2011).

Desse modo, os EIAs apresentam dados sobre as áreas física e biótica no sudeste da bacia hidrográfica do Rio Tapajós, compreendendo a drenagem Igarapé Santo Antônio e uma parte do Rio Tapajós, em que os empreendimentos foram construídos. Essas áreas recebem impactos em razão das movimentações das barcaças e dos grandes caminhões graneleiros que trafegam nas vias sem cobertura asfáltica. A área de influência indireta aparece nos EIAs como não significantes (TERFRON, 2011), consequentemente ações para mitigar os efeitos deletérios não são previstos. Os impactos abrangem não só o Distrito de Miritituba, mas também o território municipal de Itaituba que está sujeito às implicações indiretas, favoráveis ou não à implantação e a operação das ETCs (BRASIL, 2012; TERFRON, 2011).

Segundo o Instituto de Desenvolvimento Social, Econômico e Ambiental do Pará (IDESP, 2013), as áreas no entorno dos grandes projetos ocorrem significativo crescimento da população, sem haver crescimento proporcional dos serviços públicos associados a melhorias nos serviços públicos, como a água potável, esgotamento sanitário e coleta de lixo domiciliar. A situação de localidades periféricas como de Miritituba, é inquietante quando se pensa na imigração de pessoas para as áreas no Corredor Logístico Norte e a possibilidade de insuficiência de serviços básicos. Segundo Schuber e Moraes (2015) esse fato aponta para a vulnerabilidade socioambiental devido às doenças de veiculação hídrica e poluição do ambiente. Além disso, a carência dos serviços básicos de saúde pode ser um fator de conflitos de distribuição ecológica, principalmente com o aumento demográfico que é comum em áreas que recebem obras de infraestrutura (FEARNSIDE, 2015).

Segundo Martinez-Alier (2008) os conflitos de distribuição ecológica aparecem como consequência das pressões das atividades econômicas, sendo que a gravidade da situação está na desigualdade de distribuição dos efeitos dessa prática. Outros conflitos apontados pelo autor estão relacionados à questão do transporte e à comercialização na escala local, surgindo desde a reclamação pelos sujeitos sociais sobre a construção de rodovias, com à poluição sonora, até a poluição e os danos causados à paisagem (RODRIGUES; RODRIGUES, 2015), como já está ocorrendo em Miritituba.

Martinez - Alier (2008) adverte sobre os conflitos relacionados ao transporte pela demanda cada vez mais intensa da economia com a construção de rodovias e pavimentação, construção de portos, hidrovias entre outros. Tais experiências assinalam para a possibilidade de

risco a saúde, no sentido de “exposição dos sujeitos às condições ambientais adversas” (PORTO, 2012, p. 96).

A questão teórica da ecologia política com os conflitos de distribuição ecológica chama atenção, principalmente em relação às realidades interioranas da Amazônia com reduzida infraestrutura de serviços públicos. No caso das implementações das ETCs na localidade Miritituba está provocando forte pressão sobre esses serviços, fatos observados na pesquisa de campo realizadas no ano de 2017 e previstos nos EIAs dos empreendimentos (CIANPORT, 2012; COMMODITIES, 2016; TERFRON, 2011; BRASIL, 2012). Por outro lado, a construção e operação, dos ETCs em Miritituba tem gerado elevado nível de poluição ambiental, com intenso trânsito de caminhões. Eram e ainda são realizadas manobras das embarcações, atividades de movimentação de cargas por grandes caminhões pesados, determinando os efeitos no ambiente. O movimento diário de caminhões pesados varia de 100 a 400 por empresa. O crescimento na quantidade de veículos tem gerado pressões sobre a infraestrutura com fortes impactos nas vias de transporte e para os usuários do lugar.

Como as residências ficam próximas às áreas portuárias, os ruídos dos carros pesados são nitidamente perceptíveis e muito superiores ao cotidiano das pessoas, ou melhor, anterior às obras. Além disso, há a produção de resíduos particulados que são gerados na forma de poeiras e gases. O aumento imigratório, incluindo de carreteiros dos caminhões graneleiros, geram impactos na dimensão social com o aumento da prostituição, exploração sexual infanto-juvenil e aumento da violência.

A demanda por moradia tem desencadeado processos desordenados de ocupações irregulares e, conseqüentemente, gerando efeitos comprometedores da qualidade de vida e saúde da população local. Nesse contexto, ouvimos queixas sobre a ocorrência de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), doenças endêmicas e epidêmicas, ampliação das demandas por serviços públicos diversos, inclusive de saúde. Essa situação produz pressão sobre a rede de serviços públicos de saúde, moradia, entre outras questões relevantes para a qualidade de vida social. Essa questão se agrava porque a infraestrutura do Distrito de Miritituba possui passivos em relação à oferta de infraestrutura de serviços públicos e privados. Nesse contexto, a ecologia política dos projetos de desenvolvimento ganha significado, na medida procura compreender as dinâmicas no território, que envolvem a dialética entre os empreendimentos de desenvolvimento com as ETCs e as transformações socioambientais que propiciam as tendências no ambiente e saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na Amazônia, o planejamento de obras de grande porte como as ETCs altera o ambiente, produzindo risco de doenças e agravos à saúde e acentuam as desigualdades sociais e a degradação do ambiente natural. A questão teórica da ecologia política com os conflitos de distribuição ecológica chama atenção, principalmente em relação às realidades interioranas da Amazônia com reduzida infraestrutura de serviços públicos. Os conflitos de distribuição ecológica aparecem como consequência das pressões das atividades econômicas, na medida em que o desenvolvimento de projetos de grande porte é instalado.

Evidenciar a realidade amazônica pode contribuir para subsidiar as ações de planejamento e de processos decisórios em relação à política pública de saúde e à política de desenvolvimento. Por fim, a pesquisa permitiu identificar como as obras de grande porte afetam a qualidade da vida e saúde da população, e a rede de serviços de saúde local. Os impactos no ambiente e os passivos da oferta de serviços públicos demandam políticas públicas de saúde para conter seus efeitos na perspectiva da equidade.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Ambiente da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) pelo apoio e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo fomento à pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BECKER, B. K. **Amazônia: geopolítica na virada do milênio**. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

BECKER, B. K. Significância Contemporânea da Fronteira: Uma interpretação geopolítica a partir da Amazônia brasileira. In: AUBERTIN, C. (Org.). **Fronteiras**. Universidade de Brasília (UNB). ORSTOM, Brasília, 1988.

BECKER, B. K. Síntese das políticas de ocupação da Amazônia. Lições do passado e desafios do presente. In: BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Causas e dinâmicas do desmatamento da Amazônia**. Brasília: MMA/SCA, 2001.

BOISIER, S. **Desarrollo (Local): ¿De Que Estamos Hablando?**. Santiago de Chile: ILPES, 1999. Disponível em <http://www.flacsoandes.edu.ec/web/imagesFTP/1245948918.Desarrollo_Local_De_que_estamos_hablando_2_.pdf>. Acessado em: 27 jan 2017.

BRASIL - Ministério do Planejamento. **Agenda de Desenvolvimento Territorial: 1º Relatório da ADT do Território do Consórcio Intermunicipal do Tapajós**. Brasília, 2014.

BRASIL, H. Relatório de impacto ambiental - Estação de Transbordo HBSA TAPAJÓS. **Ambientare: soluções em ambiente**. Maio/ 2012. Disponível em <http://www.sema.pa.gov.br/download/RIMA_ETC_HBSA_TAPAJOS.pdf>. Acessado em: 21 dez 2016.

BRASIL, **Presidência da República. PAC-2 Relatórios**. Brasília, DF, Brasil. 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br>. Acessado em: 04 nov. 2016.

CASTRO, E. **Expansão da fronteira, megaprojetos de infraestrutura e integração sul-americana**. Caderno CRH, v. 25, n. 64, p. 45-61, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-49792012000100004>. Acessado em: 06 nov. 2016.

CAVALCANTI, I. M., BURNS, V. A. C.; ELIAS, L. A. R.; MAGALHÃES, W. A.; LASTRES, H. M. M. (Org.). **Um olhar territorial para o desenvolvimento**: Centro-Oeste. Rio de Janeiro. BNDES, 2014.

CIANPORT. **Relatório de impacto ambiental - Estação de Transbordo de Carga Itaituba**. Sem. 2012. Disponível em <http://www.sema.pa.gov.br/download/RIMA_ETC_Itaituba.pdf>. Ambientare: soluções em ambiente. Set 2012. Acessado em: 21 dez 2016.

COMMODITIES. L. D. **Relatório de impacto ambiental - Terminal LCD Tapajós**. Mar. 2016. Disponível em <http://www.semas.pa.gov.br/wp-content/uploads/2016/05/RIMA_LDC_Tapajos.pdf>. Acesso em: 21 dez 2016.

FEARNSIDE, P. M. A Hidrelétrica de Teles Pires: O Enchimento e a morte de peixes. In: P.M. FEARNSIDE. (Org.). **Hidrelétricas na Amazônia: Impactos Ambientais e Sociais na Tomada de Decisões sobre Grandes Obras**. Vol. 2. 1ed. Manaus: Editora do INPA, 2015, p. 109-113.

FREITAS, C. M. de; GIATTI, L. **Indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(6):1251-1266, jun, 2009.

HENRIQUES, A.; PORTO, M. F. de S.; **Território, ecologia política e justiça ambiental: o caso da produção de alumínio no Brasil.** E-cadernos ces, 17, 2012. Disponível < <http://www.ces.uc.pt/e-cadernos/media/ecadernos17/02.Henriques%20e%20Porto.pdf>>. Acessado em: 21 jan 2017.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, ECONÔMICO E AMBIENTAL DO PARÁ - IDESPE. **Barômetro da sustentabilidade: Região de Integração Tapajós: relatório técnico.** Belém: IDESPE, 2014. 125 p. Disponível em: <http://seplan.pa.gov.br/ppasite/perfisregionais/Perfil_Regiao_Tapajos.pdf>. Acessado em: 21 jan 2015.

LEITÃO, K. O. **A dimensão territorial do Programa de Aceleração do Crescimento: um estudo sobre o PAC no estado do Pará e o lugar que ele reserve à Amazônia no desenvolvimento do país.** Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo - FAUUSP. São Paulo, 2009.

LIMA, M. de O. **Saúde Ambiental e Ocupacional na Amazônia.** Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (1): 1-2. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-24-1-1.pdf>>. Acessado em: 05 nov. 2016.

MACIEL, B.F. **O planejamento para o desenvolvimento e o papel do Consórcio público intermunicipal do tapajós na Amazônia.** Anais XVI ENANPUR: espaço, planejamento e insurgência. Belo Horizonte, 2015. Disponível em <http://xviananpur.com.br/anais/?wpfb_dl=248> Acessado em: 21 jan 2015.

MINAYO, M. C. de S.; MIRANDA, A. C. de; (Org.) **Saúde e Ambiente sustentável: estreitando os nós.** Rio de JANEIRO; Editora Fiocruz, 2002. 344. P.

MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C.; ROJAS, L.I. M.; NAVARRO, M. B. M. A.; GODIM, G. M. M.; GRADE, R. O território na Saúde: Construindo referências para análise em saúde e ambiente. In. MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

PARÁ. Secretaria de Estado de Integração Regional do Pará. Seir. **Regionalização do Estado do Pará, instrumento de planejamento de ação do Estado**. Belém: Seir, 2008.

PORTO, M. F. S. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 270.

PORTO, M. F. S.; MARTINEZ-ALIER, J. **Ecologia política, economia ecológica e saúde coletiva: interfaces para a sustentabilidade do desenvolvimento e para a promoção da saúde**. Cadernos de Saúde Pública, 23(4). 2007. p. 503-512.

RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder** (Trad. M^a C. França.). São Paulo: Editora Ática, 1993.

RODRIGUES, J. C.; RODRIGUES, J. C. **A produção de complexos portuários no município de Itaituba, Oeste do Pará: lógicas e contradições das políticas públicas**. Caminhos de Geografia Uberlândia v. 16, n. 56 Dez/2015 p. 01-21.

SANT'ANA JÚNIOR, H.A. Projetos de desenvolvimento e a criação de reservas extrativistas: estratégias de luta de grupos sociais locais no Acre e no Maranhão. In: ESTERCI, N.; SANT'ANA JÚNIOR, H.A.; TEIS-SERENE, M.J.S.A. **Territórios socioambientais em construção na Amazônia Brasileira**. Rio de Janeiro: Letras, 2014.

SANTOS M.; SILVEIRA M. L. **O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI**. Rio de Janeiro: Record. 2004.

SCHUBER, E. S. M. MORAES, S. C. D. **Desenvolvimento regional do Tapajós: um olhar sob o Cenário socioeconômico na região de integração do Tapajós**. Revista de Estudos Sociais. N. 34, V. 17, 2015. p. 93-111. Disponível em <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/res/article/view/2591/1768>>. Acessado em: 06 nov. 2016.

SCHWEICKARDT, J. C. (Org.) **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 316 p. (Saúde & Amazônia; 2).

SEN, M. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo, Companhia de Bolso, 2010.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico** - 23ª Ed. 2007.

SIFFERT, N. CARDOSO, M, MAGALHÃES, W. de A, LASTRES, H. M. M. (Org.). **Um olhar territorial para o desenvolvimento: Amazônia**. Rio de Janeiro. BNDES, 2014.

SOARES, E. P.; SCHWEICKARDT, J. C. A formação do tutor em educação permanente em Saúde: relato de experiência na região do Baixo rio Amazonas/AM. In.: SCHWEICKARDT, J. C. (Org.) **Educação e práticas de saúde na Amazônia: tecendo redes de cuidado**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 316 p. (Saúde & Amazônia; 2).

SOUSA JUNIOR, W. C. de. (Org.) **Tapajós: hidrelétricas, infraestrutura e caos: elementos para a governança da sustentabilidade em uma região singular**. 1.ed. São José dos Campos: ITA/CTA, 2014. Disponível: <http://www.riosvivos.org.br/arquivos/site_noticias_2134831519.pdf>. Acessado em: 14 out 2014.

TERFRON - Terminal Portuário Fronteira Norte. **Relatório de impacto ambiental - Estação de Transbordo de Cargas - ETC/Miritituba. Brandt Amazônia**. Junho, 2011. Disponível em< <http://www.sema.pa.gov.br/download/RIMA-EstacaodeTransbordodeCargas-ETCMiritituba.pdf>>. Acessado em: 21 dez 2016.



➤ **AUTORES / ORGANIZADORES**

ORGANIZADORES

Eric Campos Alvarenga

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (2009). Mestrado em Psicologia pela UFPA (2009) e, atualmente, é doutorando do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFPA. Trabalha como supervisor Master do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), projeto do Ministério da Saúde e é coordenador do Grupo de Estudos em Saúde na Amazônia. Tem atuado lecionando e fazendo pesquisas nas áreas de Psicologia do Trabalho, Saúde do Trabalhador e Saúde Coletiva.

José Mário Barbosa de Brito

Graduação em Psicologia pela UFPA, mestre em Serviço Social, doutorando do Programa de Psicologia da UFPA. Chefe do serviço de Atenção Psicossocial do Corpo de Bombeiros Militar do Pará. Pesquisador do Laboratório de Pesquisa em Psicanálise e Psicopatologia Fundamental da UFPA.

Laura Soares Martins Nogueira

Graduação em Psicologia pela UFPA, mestrado em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz, doutorado em Desenvolvimento Socioambiental pelo Programa em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido do Núcleo de Altos Estudos Amazônico (NAEA/UFPA). Participa do grupo de pesquisa Trabalho, Estado e Sociedade na Amazônia da UFPA e do Grupo de Estudos em Saúde na Amazônia.

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Graduação em Psicologia pela UFPA, mestre e doutor em Saúde Pública pela ENSP/Fiocruz. Professor adjunto da Universidade Federal do Pará – UFPA e Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPA. Coordenador regional da Associação Brasileira da Rede Unida.

AUTORES

Alyne Alvarez Silva

Professora Adjunta do curso de psicologia da Universidade Federal de Campina Grande/UFCG. Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo/PUC-SP, tendo feito estágio doutoral na Università degli Studi di Trieste (Itália). Psicóloga e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará. Foi professora adjunta na Universidade da Amazônia/UNAMA e nas Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central/FACIPLAC. Foi professora substituta na Universidade Federal do Pará/UFPA e na Universidade de Brasília/UnB. Integrante do Núcleo de Pesquisa Lógicas institucionais e Coletivas da PUC-SP, membro da coordenação do Núcleo de Estudos e Extensão sobre Drogas (NUD-UFCG) e integra o Grupo de Pesquisa Cultura e Processos Psicossociais da UFCG.

Ana Carolina Secco de Andrade Méλου

Bacharel em Psicologia e Psicóloga pela Universidade Federal do Pará (UFPA-2005). Mestrado em Psicologia pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Clínica da Universidade Federal do Pará (PPGP/UFPA-2018). Pesquisadora na área de saúde mental relacionada ao trabalho. Atua em Psicologia do Trabalho e na Docência Superior.

Ana Cláudia Sierra Marques

Mestre em Ciências da Educação em Saúde na UNIFESP/Baixada Santista. Graduada em Pedagogia pelo Centro Universitário Monte Serrat, pós graduada em Administração escolar e Didática, com habilitação em Gestão Escolar, possui experiências profissionais na área de educação e saúde públicas com atuação desde 1999. Vivência profissional no terceiro setor na área da saúde, especificamente com ações educativas/preventivas contra a AIDS. Em 2000, quando do ingresso na Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente, com atuação até 2008, desenvolveu junto ao Programa Saúde da Família, entre outras atividades, a formação de Agentes de Saúde e a participação nas ações educativas junto às escolas e comunidade com foco na prevenção e promoção de saúde. Na área de Educação, atuação desde 2006 na Prefeitura Municipal de Santos, SEDUC, como Professora de Educação Básica. Atuou como Formadora de Professores do Departamento Pedagógico da SEDUC/Santos e atualmente como Coordena-

nadora Pedagógica, onde elabora e executa formação docente permanente, projetos, pesquisa e análise de dados quanto aos processos de aprendizagem. Experiência anterior em Ensino Superior, no curso de Pedagogia da Plataforma Freire na Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, onde participou de projetos interdisciplinares e na formação direta dos futuros pedagogos.

Dolores Cristina Gomes Galindo

Possui Pós-Doutorado (2015-2016), Doutorado (2006) e mestrado (2002) em Psicologia Social pela Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), com Doutorado Sanduíche na Universidade Autônoma de Barcelona (2004). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em 1999. Atua como Professora Permanente dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia e Cultura Contemporânea da Universidade Federal de Mato Grosso e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Sociedade da Universidade Estadual Paulista, campus Assis. Na graduação, atua como Docente do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso (2013-2014). Lidera o Grupo de Pesquisa Ciências, Tecnologias e Criação (LABTECC). Diretoria Nacional da ABRAPSO (2016-2017), Conselheira Suplente ULAPSI (2016-2017). Membro fundadora da Rede Centro-Oeste de Arte, Cultura e Tecnologias Contemporâneas - CO3 e integrou a equipe coordenadora da Red Latinoamericana de posgrados en estudios sobre la cultura - ReLaPec (2014-2016).

Evelyn Tarcilda Almeida Ferreira

Possui graduação em Psicologia (UFPA/2001), Especialização em Gestão com pessoas (CESUPA/2007) e Formação em Dinâmica dos Grupos (SBDG/2008), Mestra em Psicologia Social (UFPA/2015). Doutoranda em Psicologia Social. Pesquisa e interessa-se por temas na interface Psicologia Social, Saúde e Educação, medicalização da educação e da sociedade, políticas públicas etc. Atua como Psicóloga Escolar e Educacional na SEDUC, foi Professora Substituta na Faculdade de Psicologia da UFPA (2015 a 2017). Possui experiência em Psicologia do Trabalho e Organizacional, trabalhou com Grupos nas instituições, como Professora no PARFOR/IFPA, Tutora na UNIP e Anhanguera. É membro do Núcleo Pará do Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade e do Grupo de Trabalho de Formação em Psicologia e Educação do CRP 10.

Flávia Cristina Silveira Lemos

Possui graduação em Psicologia/UNESP (1999). Licenciada em Pedagogia/CESB-GO (2017). Especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional/UNEB (2017). Mestre em Psicologia e Sociedade/UNESP (2003). Doutora em História Cultural/UNESP (2007). Realizou pós-doutorado em Psicologia e Subjetividade, na UFF, sob supervisão da Profa. Dra. Maria Lívia Nascimento. Foi bolsista FAPESP no Doutorado. É professora associada I, na graduação e no Programa de Pós-graduação em Psicologia/UFGA. Professora colaboradora no Programa de Pós-graduação em Educação/UFGA. Membro da Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (2017-2019). Integrante do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade. Bolsista de Produtividade do CNPQ-PQ-2. Integra o GT da ANPEPP Subjetividade, conhecimento e práticas sociais, desde 2009. Integra o GT Deleuze da ANPOF.

Franciclei Burlamaque Maciel

Graduação em Economia pela Universidade Federal do Amazonas. Mestrado em Desenvolvimento Regional. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Sustentabilidade e Ambiente na Amazônia – UFAM. Docente na Universidade Federal do Oeste do Pará/UFOPA.

Geyse Aline Rodrigues Dias

Graduada em Enfermagem, Bacharelado e Licenciatura pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Especialista em Avaliação de Serviços de Saúde-Ênfase em Educação Permanente pela Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFGA. Atualmente é professora da atividade curricular Processos Educativos em Enfermagem I da Faculdade de Enfermagem da UFGA. Tem afinidade pela pesquisa e pela docência principalmente nas áreas de Educação em saúde, Educação na Saúde, Educação em Enfermagem e Enfermagem em Saúde Coletiva.

Henrique de Oliveira Lee

Professor adjunto do Departamento de Psicologia da UFMT e Professor efetivo no Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem (MeEL) campus Cuiabá, onde atua como orientador de mestrado e doutorado, e coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPG-Psi -

UFMT. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (2003), mestre em Estudos Literários pela Universidade Federal de Minas Gerais (2007), doutorado em Literatura Comparada (2011) neste mesmo programa. Realizou estágio PDEE com bolsa da CAPES como pesquisador associado na University of California at Irvine (2010).

Ingrid Porto de Figueiredo

Doutoranda em psicologia social pelo programa de estudos pós-graduados em psicologia social da pontifícia universidade católica de São Paulo com bolsa CNPQ. Realizou doutorado sanduíche em traducción y estudios interculturales na Universitat Autònoma de Barcelona (2017) com bolsa PDSE/CAPES. Mestre em psicologia pelo programa de pós-graduação em psicologia da Universidade Federal do Pará (2011). Especialista em teoria psicanalítica pela faculdade integrada Brasil Amazônia (2008). Graduada em psicologia pela Universidade Federal do Pará (2007). Pesquisadora do núcleo de pesquisa em psicanálise e sociedade da PUC-SP e do laboratório de clínica do sujeito: sintoma, corpo e instituição - UFPA. Membro da escola de psicanálise dos fóruns do campo lacanian e do fórum do campo laciano - sp. Psicanalista atuante em consultório particular. É autora do livro fenômenos psicossomáticos: o manejo da transferência, uma das autoras do livro cuidado e saúde: práticas e sentidos em construção e de diversos artigos na área.

João Rodolfo Hopp

Cirurgião-Dentista, graduado pela Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo - FOB-USP (1983). Especialista em Periodontia - Escola de Aperfeiçoamento Profissional - EAP-ACDC (1990). Especialista em Odontologia do Trabalho - Notório saber - Conselho Federal de Odontologia (2003). Mestre em Trabalho, Saúde e Ambiente pela FUNDA-CENTRO - Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (2015) e Diretor Técnico Responsável pela OTHOPP - Odontologia do Trabalho Especializada, com experiência de mais de 25 anos como gestor e responsável técnico pelo Programa de Odontologia Ocupacional em empresa do setor elétrico, tendo participado da elaboração, implantação, reestruturação, controle e manutenção do programa voltado à Saúde dos empregados, através do acompanhamento e promoção da Saúde Orofacial, como fator relacionado à saúde integral, desempenho das potencialidades e segurança no trabalho. Atuou como coordenador da Gestão da Saúde e Segurança do Trabalho na empresa Interconexión Eléctrica Sociedad Anónima - ISA-CTEEP no período de 2007 a 2009.

Júlio Cesar Schweickardt

Graduação em Ciências Sociais pela UFAM, mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia pela UFAM, doutor em História das Ciências e da Saúde pela Casa Oswaldo Cruz – COC/Fiocruz. Pesquisador e coordenador do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHPSA/ Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia.

Kátia Farias Aguiar

Professora Titular do Departamento da Universidade Federal Fluminense. Atua no Programas de Pós-Graduação em Psicologia da mesma universidade.

Laura Câmara Lima

Bacharel em Psicologia pela USP (1985), especialização: em Dinâmica de Grupo (pelo IPEPLAN e NUCLEO- USP) e em análise pragmática pelo método ALCESTE, Mestrado em Psicologia Social no Instituto de Psicologia da USP (1992), "Diplome d'Études Approfondies" (DEA) (1995) e Doutorado em Psicologia Social pela École des Hautes Études en Sciences Sociales de Paris (2005). Professora Adjunta do Instituto Saúde e Sociedade da UNIFESP, desenvolve quatro linhas de Pesquisa na área da Psicologia Social e Saúde Coletiva: psicodinâmica do trabalho, saúde mental relacionada ao trabalho, representações sociais e ensino em ciências da saúde, com ênfase em educação permanente e educação em saúde em comunidade. Participa de Grupos de Pesquisa interdisciplinares alguns internacionais: estudos e práticas de grupo (Pichon-Rivière, Bleger, Bion, etc.) no Instituto de Psicologia da USP, o Grupo de Estudos sobre o Tempo no Instituto de Estudos Avançados (IEA) da USP, Laboratório Europeu de Psicologia Social (LEPS) da Maison de Sciences de L'Homme de Paris (MSH), Laboratório de Psicologia Clínica e Social (LPCS) da Université de Bourgogne, Departamento de Pesquisa e Desenvolvimento (R&D) da Électricité de France (EDF) e Departamento de Ciências Sociais da École Normale Supérieure de Paris (ENS) Association Internationale de Psychodynamique du travail.

Letícia Alves Souza

Terapeuta Ocupacional, Universidade do Estado do Pará.

Lucila Brandão Hirooka

Graduada em Odontologia pela Universidade de São Paulo (2004), especialista em Saúde Coletiva São Leopoldo Mandic (2009), especialista em Saúde Indígena Unifesp (2010), especialista em Avaliação de Serviços de Saúde - ênfase em Educação Permanente UFCSPA (2015). Mestre em Ciências - PPG Saúde na Comunidade FMRP-USP (2010). Odontóloga de área Projeto Xingu/UNIFESP (2005-2009), odontóloga Associação Rondon Brasil (2011) e SPDM (2011- 2012) - atenção básica nas aldeias do Pólo Base Osório/RS - DSEI Litoral Sul.

Márcia Maria Bragança Lopes

Possui Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual do Pará - Escola de Enfermagem Magalhães Barata (1980). Mestrado em Ciências - Área de concentração: Política e Planejamento, pela Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz (2001). Doutorado em Filosofia da Enfermagem - Área de Concentração Filosofia, Saúde e Sociedade, pela Universidade Federal de Santa Catarina (2009). Diretor Adjunto do Instituto de Ciências da Saúde/UFPA. Vice Líder do Grupo de Estudos em Educação, formação e gestão para a práxis do cuidado de enfermagem/UFPA. É Professor do Curso de Graduação Enfermagem da Universidade Federal do Pará; Professor do Programa de Pós Graduação de Enfermagem da UFPA; Coordenador do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró Saúde I do Curso de Enfermagem/UFPA; do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró Saúde Amazônia e Pró-PET Saúde do Instituto de Ciências da Saúde/UFPA.

Maria Cristina Gonçalves Vicentin

Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1983), Mestrado em Psicologia Social (1991) e Doutorado em Psicologia Clínica (2002) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. É professora doutora do Curso de Psicologia e do Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, onde coordena o Núcleo de Lógicas Institucionais e Coletivas Tem experiência em Psicologia, com ênfase em Análise Institucional, atuando principalmente nos âmbitos da Reforma em Saúde Mental e dos Direitos da Infância e da adolescência

Maria Lúcia Chaves Lima

Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade de São Paulo. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Instituto de Ciências da Educação da Universidade Federal do Pará. Pesquisadora com experiência nas áreas de Psicologia Social e Educação, atuando principalmente nos seguintes temas: diversidade sexual, relações de gênero, processos de medicalização da vida e e modos de subjetivação. Coordena o grupo inquietAÇÕES: arte, saúde e educação. É integrante do Núcleo de Práticas Discursivas e Produção de Sentidos da PUC-SP, membro da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.

Marina Lima de Oliveira

Terapeuta ocupacional com experiência na área de atenção básica com hanseníase, reabilitação física e neurológica com crianças e adultos, saúde mental, gerontologia e gestão. Mestranda em psicologia pela Universidade Federal do Pará com o projeto voltado para discussões sobre violência obstétrica e cárcere.

Marizete Lopes Xavier

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Gestão Pública. Professora assistente, Departamento de Terapia Ocupacional (UFPA).

Nathália da Silva Nunes

Possui graduação em Psicologia - Bacharelado pela Universidade da Amazônia (UNAMA) concluído em 2007, graduação em Psicologia - Formação de Psicólogo pela Universidade da Amazônia (UNAMA) concluído em 2009 e curso de especialização em nível de Pós-graduação lato sensu denominado MBA Corporativo em Formação Avançada de Consultores e Executivos em Gestão de Pessoas pela Faculdade da Amazônia (FAAM) concluído em 2010. É aluna regular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia na modalidade Mestrado Acadêmico da Universidade Federal do Pará (UFPA) na linha de pesquisa Psicologia, Sociedade e Saúde. Atualmente presta serviços como Psicóloga Consultora de Gestão de Pessoas e é membro do Grupo de Estudos em Saúde na Amazônia. Tem experiência na área de Psicologia com ênfase em Psicologia Organizacional e do Trabalho.

Priscila Araujo Evangelista

Bacharela e Licenciada em Enfermagem, ambos os cursos realizados na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), Especialista em Informática em Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em Enfermagem em Saúde Coletiva pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), em Avaliação de Serviços de Saúde pela Universidade de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e em Docência para o Ensino Profissionalizante (Programa de Formação do Futuro Professor) pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE).

Renata Sabrina Maciel Lobato louzada

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará - PPGP/UFGPA na linha de pesquisa: Psicologia, Saúde e Sociedade (2018). Mestre em Psicologia Clínica e Social pelo PPGP da UFGPA (2014). Master of Business Administration (MBA) em Gestão de Pessoas pela Universidade Anhanguera-Underp (MS/2012). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (PA/2010). Psicóloga efetiva da Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA), com atuação nos programas Saúde da Pessoa Idosa e Saúde Mental, além dos atendimentos clínicos ambulatoriais e de orientação psicológica. Possui experiência na área de Psicologia da Saúde, Psicologia Clínica, Saúde Mental do Trabalhador, Psicodinâmica do Trabalho, Psicologia Social, Psicologia na Atenção Básica e Docência no Ensino superior. Membro do Grupo de Estudos em Saúde na Amazônia.

Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Graduação em Odontologia pela UFGPA, mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela Fiocruz Amazônia e Universidade Federal do Amazonas, doutor em Ciências pela Fiocruz-PE. Pesquisador do Laboratório História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – LAHP-SA/Instituto Leônidas e Maria Deane, Fiocruz Amazônia.

Rosana Aparecida Brito Ribeiro

Possui graduação em Enfermagem pelo Centro Universitário Sant'Ana(2011). Tem experiência na área de Enfermagem.

Rosângela Dutra de Moraes

Professora da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, nível Associado I. Atuando no mestrado em psicologia, na área de Psicologia do Trabalho e Organizacional, com ênfase na teoria psicodinâmica do trabalho. Vice-coordenadora do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho da UFAM. Psicóloga (UFPA); Especialista em Psicologia Clínica (UFPA); Mestra em Educação (UFAM); Doutora em Ciências: Desenvolvimento Sócioambiental (NAEA/UFPA), com doutorado "sandwich" na Faculdade de Psicologia da Universidade Autônoma de Madrid, Espanha. Pós-doutorado no Conservatoire National des Arts et Métiers - CNAM, Paris. Vice-coordenadora do GT Psicodinâmica do Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa Pós-Graduação em Psicologia - ANPEPP.

Roseane Freitas Nicolau

Psicanalista, Psicóloga, Mestra em Antropologia, Doutora em Sociologia, com doutorado sanduíche na École des Hautes Études en Sciences Sociales em Paris/França e Pós-Doutorado em Teoria Psicanalítica na Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora da Faculdade de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará. Pesquisadora do GT ANPEPP Psicanálise, Política e Clínica e membro da Escola de Psicanálise Letra Freudiana do Rio de Janeiro. Possui experiência na área de Psicologia Clínica, principalmente nas temáticas: teoria e clínica psicanalítica, psicanálise e instituição, psicanálise e psicopatologia, psicanálise e saúde mental, psicanálise e medicina, a transmissão da psicanálise e a formação do analista, psicanálise e os fenômenos culturais, religião e cultura. Durante 1998 a 2007 foi docente no Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará. No período de 2009 a 2011 foi Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará.

Socorro de Fátima Moraes Nina

Doutora em Sociedade e Cultura na Amazônia, na área de concentração em Processos Socioculturais na Amazônia, Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas, com ênfase na área socioambiental. Possui graduação em Psicologia e em Serviço Social. Especialista na área Clínica. Professora Adjunto da Universidade do Estado do Amazonas e integra o quadro permanente de docentes da Escola Superior de

Ciências da Saúde. Sub coordenadora do Núcleo Interdisciplinar de Saúde e Ambiente/PIRACEMA/NISA - UEA. Pesquisadora do Laboratório de Psicodinâmica do Trabalho-LAPSIC/UFAM. Psicóloga do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST. Docente Multiplicadora do Curso Básico de VISAT - Capacitação Profissional do SUS e do Controle Social relacionado à Vigilância em Saúde do Trabalhador- ENSP/FIOCRUZ/MS.

A Coletânea que apresentamos foi elaborada por pesquisadores e pesquisadoras, em sua ampla maioria integrantes do campo da saúde do trabalhador, e vêm construindo reflexões sobre esse campo em um ambiente que experimenta transformações de forma muito rápida em nome de um desenvolvimento subalterno pelo rentismo e pelo processo de financeirização, em que o uso da floresta e da terra são utilizados em larga escala para a reprodução do capital.



www.redeunida.org.br

ISBN 978-856665980-1



9 788566 659801