

O processo saúde-doença em diferentes ofícios segundo a perspectiva de trabalhadores usuários de um CEREST no Nordeste brasileiro

The health-disease process in different jobs according to workers users' perspective of a CEREST in Northeast Brazil

Alda Karoline Lima da SILVA [1](#); Pedro Fernando BENDASSOLLI [2](#)

Recebido: 21/10/2017 • Aprovado: 27/11/2017

Conteúdo

- [1. Introdução](#)
- [2. Referencial teórico](#)
- [3. Procedimentos de análise](#)
- [4. Resultados e discussão](#)
- [5. Considerações finais](#)

[Referências](#)

RESUMO:

Essa pesquisa-intervenção realizada em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, com trabalhadores-usuários do serviço, objetivou investigar a dinâmica do processo saúde-doença considerando o nível do ofício, embasado pela clínica da atividade. Identificaram-se três dispositivos: o coletivo provisório; a relação do sujeito com sua atividade e o assédio ao ofício. Alerta-se para a necessidade do cuidado com os ofícios com igual nível de importância do cuidado ao trabalhador.

Palavras-Chave: Saúde do Trabalhador; Ofício assediado; Clínica da Atividade

ABSTRACT:

This research-intervention realised in a Center of Reference in Worker Health, with workers users of the service, the aim was investigate the dynamic of the health-disease process taking into account the level of the job, based of the activity clinic. It was to identify: the provisional collective; the relation of the subject with his activity and the harassment to the job. It is alerted to of care with the job with equal level of importance of the care the worker.

Keywords: Worker heath; harassed job; activity clinic; psychic suffering

1. Introdução

Este estudo apresenta os resultados de uma pesquisa-intervenção realizada em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, localizado no município de Natal, com

trabalhadores-usuários do serviço. A pesquisa ocorreu com os trabalhadores usuários do serviço afastados em virtude de sofrimento e adoecimento psíquico ocasionado pelo trabalho. Seu objetivo é investigar, por meio da utilização de diferentes dispositivos metodológicos, a dinâmica do processo saúde-doença que também leve em conta o nível do ofício, e não apenas o nível do sofrimento capturado pela ótica subjetiva individual.

Antes de entrar na apresentação do método e dos resultados, o artigo empreende uma circunscrição teórica de seu objeto e campo da Saúde do Trabalhador (ST), tendo em vista que as características de sua institucionalização ajudam a compreender o ponto de partida deste artigo, centrado nos usuários desse serviço.

2. Referencial teórico

2.1. O campo da ST: definição, influências e institucionalização

A ST compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares e papéis sociais distintos (trabalhadores, empregadores, Estado, universidades, sindicatos). Constitui-se em um patrimônio acumulado da saúde coletiva, com raízes no movimento da medicina social latino-americana e influenciado e na experiência italiana. Um campo cuja construção é perpassada pelo alinhamento de diversos interesses, determinado fortemente pela influência do momento histórico, e pelas lutas políticas de cada contexto (Mendes & Dias, 1991; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997; Lacaz, 2016).

A identidade desse campo tem como referência inicial a abordagem da Saúde Ocupacional, a qual os trabalhadores são vistos como pacientes ou como objetos da intervenção profissional, na da ST eles constituem-se em *sujeitos políticos coletivos*, depositários de um saber emanado da experiência e agentes essenciais de ações transformadoras. O trabalho é entendido como uma arena composta por coletivos desiguais determinada por conflitos e embates de concepções e práticas (Bourdieu, 1996), e que mudam ao longo do tempo. A dinâmica do trabalho leva, pois, à necessidade de contínua reinvenção do campo (Minayo-Gomez, 2011).

2.2. A experiência italiana

O campo da ST sofreu, influência de diversos movimentos e atores sociais, umas dessas influências em particular merece destaque: Modelo Operário Italiano (MOI), em 1970. O MOI surge em Turim, promovido por um grupo composto de médicos, sociólogos, psicólogos, estudantes, trabalhadores e sindicalistas, articulados em torno de “comunidades científicas ampliadas”. Uma figura central do movimento foi o médico e psicólogo Ivar Oddone, podendo o mesmo ser considerado um símbolo do caráter multiprofissional e inter/transdisciplinar do campo da ST (Athayde & Souza, 2015; Muniz et al., 2013).

As referidas comunidades ampliadas recuperam o valor científico da experiência dos trabalhadores, desenvolvendo uma forma original de pesquisa-ação, na qual todos os atores se tornariam coautores das iniciativas propostas (Oddone et al, 1986; Oddone, 2007). A herança deixada por Oddone é uma “clínica do trabalho” fundada na observação de fatos singulares, focalizando sua atenção na relação dialética entre a experiência e a aprendizagem na compreensão do comportamento, ambas mediadas pela consciência. A herança de Oddone e a sua equipe possibilitou ao campo da ST, no Brasil, uma crescente prioridade atribuída aos coletivos de trabalhadores, os quais têm autonomia e saberes próprios para alargar o seu poder de ação sobre o meio de trabalho real e sobre si mesmos.

2.3. A rede de apoio ao trabalhador

Até este ponto, destacamos algumas definições gerais sobre o campo da ST e a influência

recebida do modelo italiano, centrado em torno das comunidades ampliadas e na recuperação do protagonismo do trabalhador. Porém, a dimensão conceitual que norteou, e ainda norteia os atores do referido campo foi, progressivamente, se materializando a partir de dispositivos institucionais variados. Em específico, no detemos brevemente à descrição da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), haja vista ser nesse contexto que os sujeitos da presente pesquisa foram inquiridos.

Tal rede foi criada em 2002, por meio da Portaria no 1.679/GM (Brasil, 2002), tendo o objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador articuladas às demais redes do SUS. Para Dias & Hoefel (2005), a RENAST é uma estratégia bem sucedida, embora com limites, entre eles as discrepâncias na área de cobertura dos CEREST; a frágil articulação intrasetorial; a falta de clareza na definição das instâncias de coordenação das ações e de direcionamentos para a pactuação entre os diferentes níveis de governo no planejamento estadual, regional ou municipal.

O CEREST foi desenhado para funcionar como unidade especializada de retaguarda para as ações de saúde do trabalhador no SUS, sobretudo as unidades mais consolidadas, tornaram-se porta de entrada para trabalhadores com doenças ocupacionais ou acidentes do trabalho. Considerando o amplo escopo conceitual e mesmo político do campo da ST, tal tipo de assistência acaba se transformando em assistencialismo, e, portanto, romper com tal lógica é um desafio para a própria estruturação da rede. Tendo situado o campo da ST, voltamo-nos, a seguir, à demarcação de um conceito central não são ao referido campo, mas também à presente pesquisa: o conceito de saúde e sua interface com os ofícios e coletivos de trabalho.

2.4. Saúde e trabalho: um olhar em clínica do trabalho

O conceito de Saúde foi, ao longo de muitos anos, pautado pelas diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), de acordo com a qual saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não sendo caracterizado apenas como a ausência de doenças ou enfermidades (Constituição da Organização Mundial da Saúde, 1946). Contudo, para além desse “marco legal”, definir saúde não é uma tarefa fácil, e diversas são suas conceituações em outros terrenos teóricos.

Globalmente, há pelo menos três correntes de pensamento nesse domínio: as enraizadas na teoria do estresse; as psicopatologias fortemente influenciadas pelo referencial psicanalítico; e as fundamentadas no materialismo histórico, centradas em torno do operador “desgaste no trabalho” (e.g., Franco, Druck & Seligmann-Silva, 2010; Seligmann-Silva, 2011; 2015). Uma quarta corrente, mais recente, e que sustenta a perspectiva deste estudo, refere-se às “clínicas do trabalho” (Bendassolli & Soboll, 2011). Na sequência, nos debruçamos sobre o conceito de saúde desenvolvido nessas clínicas, particularmente o que toma, em alguma medida, a compreensão do processo saúde-doença baseado na obra de Canguilhem (2009).

Para Canguilhem (2009), saúde está relacionada à capacidade do ser vivo em estabelecer novas normas, tolerar e enfrentar as “infidelidades” e as agressões do meio – algo além de um mero processo de adaptação. Essa perspectiva está baseada no entendimento de que uma das características-chaves do ser humano é a vitalidade, a qual se manifesta na tentativa permanente de adequar o meio às suas necessidades e anseios, ou, como coloca Canguilhem, às suas “normas”. Portanto, saúde está relacionada à atividade, ao poder de agir, à capacidade de transgredir o meio e suas normas vigentes tendo em vista a criação de novos espaços de vida.

Portanto, saúde corresponde, de um lado, a uma “margem de tolerância” que os seres humanos têm em relação às “infidelidades” do meio e, de outro, à capacidade de as pessoas (individual e coletivamente) criarem novas normas, ou seja, de agirem sobre o meio e o transformar (incluindo o trabalho). Sentir-se com saúde é, pois, ser capaz de criar novas normas de vida; é ser capaz de detectar, interpretar e reagir, mas também de “renormalizar”, inventar novas normas. Essa caracterização de saúde foi reapropriada e desenvolvida no

interior das várias das clínicas do trabalho, como no caso de Dejours (1986, 2004), Clot (2006, 2010) e Lhuilier (2006, 2014).

Lhuilier (2014) destaca que o ato de trabalhar implica na mobilização de recursos pessoais já desenvolvidos, mas também na criação de novos recursos. O que está dado, o que já existe, as normas antecedentes, sejam elas produzidas por quem prescreve a tarefa, pela profissão ou pelo coletivo de trabalho, são colocados à prova do real na atividade. Os imprevistos, os obstáculos encontrados, constituem as muitas solicitações à invenção e à transgressão. Só assim o trabalho se torna um operador de saúde, pois permite que, ao engajar-se na atividade (na ação), o sujeito transforme os obstáculos.

2.5. Fundamentos gerais

Trata-se de um desenho de pesquisa-intervenção, com o aporte teórico da clínica da atividade, notadamente sua ênfase sobre a *co-análise* da atividade de trabalho, tomando o trabalhador como detentor do saber sobre sua própria atividade, cabendo ao pesquisador o papel de mediador, tal como proposto, historicamente, pelo MOI. Ademais, como já aludido anteriormente, a análise da atividade profissional, na inspiração da clínica da atividade, parte da identificação da discrepância entre atividade real (que incorpora a tarefa) e o real da atividade – entre o que deveria ser feito, de um lado, e o que foi efetivamente feito e também as possibilidades que não conseguiram se manifestar nessa atividade, de outro. Portanto, saúde está relacionada à atividade, ao poder de agir, à capacidade de transgredir o meio e suas normas vigentes tendo em vista a criação de novos espaços de vida.

Essa perspectiva teórica deságua em um método em que privilegia os aspectos históricos e de desenvolvimento da atividade. Com isso, levantam-se informações sobre momentos críticos ou significativos, da perspectiva do participante, em relação à atividade e, no presente caso, aos aspectos nela inseridos e que sinalizam para o fortalecimento ou enfraquecimento dos coletivos e, como resultado, os processos de adoecimento. Também se busca, no mergulho sobre a história do sujeito em sua relação com a atividade, captar os fatores de impedimento, de cerceamento, de estrangulamento da capacidade ou do poder de agir do trabalhador naqueles coletivos, e por conseguinte, na relação trabalho-saúde-doença. Assim, o método visou à investigação da relação do desenvolvimento da atividade profissional e das expressões do processo saúde-doença.

2.6. Contexto e etapas

A pesquisa foi realizada no CEREST, localizado no município de Natal, no Estado do Rio Grande do Norte. As atividades foram conduzidas em duas etapas: uma de aproximação do campo com as atividades em grupo na sala de espera do serviço e entrevistas semiestruturadas; e outra centrada em entrevistas clínicas. Na primeira etapa, o objetivo foi observar a organização do campo de pesquisa. Ao mesmo tempo em que coletamos as informações, também criamos um dispositivo interventivo – neste caso, denominado de “sala de espera”. Trata-se de um serviço no qual, enquanto o trabalhador aguardava o atendimento, ele é convidado a participar de rodas de conversas na recepção. Essas rodas, conduzidas pelos pesquisadores e informalmente estruturadas, abordavam temas como a percepção do trabalhador sobre o serviço, a história do adoecimento, acidentes de trabalho de que por ventura tenham sido vítimas, questões relacionadas à violência e assédio moral no trabalho, e a percepção do sofrimento/adoecimento relativo ao trabalho. Foram realizadas dez salas de esperas num período de, aproximadamente, três meses, semanalmente, com duração média de duas horas, sendo as atividades registradas em diários de campo.

Ainda nessa primeira etapa foram realizadas vinte entrevistas semiestruturadas com os participantes, cuja amostra foi acidental e por conveniência. Os trabalhadores eram convidados para esse momento após as atividades da sala de espera. Em seguida, agendávamos outro

momento no próprio CEREST para realização dessas entrevistas, as quais foram realizadas em uma sala de atendimento do serviço com duração de aproximadamente uma hora. Abordamos aspectos como a história profissional, relações com as condições de trabalho, o processo de adoecimento e sua relação com o trabalho, suporte frente ao adoecimento, e a participação dos coletivos de trabalho. Essa primeira etapa foi essencial para aproximação e compreensão do cenário local quanto ao perfil geral de adoecimento dos trabalhadores usuários do CEREST, um mapeamento global importante para etapa posterior das entrevistas clínicas.

Dos vinte participantes da primeira etapa, cinco se disponibilizaram a participar da segunda etapa da pesquisa, que correspondeu à realização das entrevistas clínicas. Baseando-se nos fundamentos supracitados, foram incluídos e abordados tópicos em três eixos, a saber: (1) relações com a atividade (implicação afetiva com a atividade; impedimentos; recursos; processos de organização da atividade; reconhecimento pelo trabalho bem-feito e seus critérios); (2) a vivência do adoecimento (o histórico que levou ao adoecimento; os recursos percebidos para a ação; as redes de apoio); e (3) a relação com os coletivos de trabalho (relações de confiança e cooperação, engajamento afetivo, espaços de debates e suporte dos coletivos).

Nessa etapa clínica, também realizada na sala de atendimento do CEREST, os trabalhadores que participaram foram bancários, motorista, vigilante e professor. Com cada um foram realizados de cinco a seis encontros, com duração de, aproximadamente, uma hora cada, em um período de três meses. A faixa etária foi de 25 a 60 anos, com uma média de experiência de trabalho entre 8 até 25 anos na função. Todos os participantes o estudo estavam afastados do trabalho em torno de três a seis meses.

3. Procedimentos de análise

O material que deu suporte à análise provém de duas fontes: dos registros feitos pelos pesquisadores, contendo incidentes mais importantes tendo em vista o contexto do trabalho realizado; e da transcrição das entrevistas realizadas nas duas etapas finais do processo interventivo e já descritas. A análise, então, orientou-se por um processo de categorização que privilegiasse a identificação de dispositivos formados em torno da relação do pesquisador com os participantes. Entendemos por “dispositivo” um dado concreto, sinalizador de sentidos teórico e vivencialmente relevantes, de acordo com a interpretação do pesquisador (ancorada no referencial teórico e nas anotações das experiências em seus momentos qualitativamente mais significativos).

A partir da análise do material, foi possível identificar três grandes dispositivos, não por acaso refletindo o propósito de cada intervenção proposta pelos pesquisadores. Em sendo assim, o primeiro dispositivo refere-se à própria sala de espera, formação do que vamos aqui denominar de coletivo provisório. O eixo significativo refere-se, pois, ao papel que a constituição de um grupo provisório, acidental (formado pelas pessoas que estavam à espera de atendimento), desempenhou nos relatos sobre saúde, sofrimento, atividade, trabalho.

No segundo momento, quando o dispositivo (entrevista) passa a enfatizar a “subjetividade” (a experiência pessoal na linha biográfica de cada participante), desvelam-se aspectos nucleares da relação desses trabalhadores com sua atividade – novamente, contra o fio condutor da saúde-sofrimento-trabalho. Por fim, o terceiro dispositivo se forma em torno da atividade propriamente dita, já que este era o fio condutor do terceiro momento, também de entrevistas, mas desta vez focadas essencialmente no fazer concreto, em seus impedimentos, nos fatores que, ao final das contas, esvaziaram o sujeito (quando, teoricamente, o inverso devia ser o caso: a “energização” pela atividade, pela potencialidade de instituir novas normas de vida).

4. Resultados e discussão

A seção norteia-se pela descrição dos três dispositivos elucidados na análise do material: o coletivo provisório; a relação do sujeito com sua atividade; e o ofício assediado.

4.1. O coletivo provisório

O dispositivo coletivo provisório apresenta-se como produto da construção de um espaço advindo da implantação da sala de espera no serviço. A sala de espera do CEREST era um espaço de “espera silenciosa” para o atendimento das especialidades médicas que o serviço oferta. Com a criação da sala, houve a transformação desse “não-lugar” (ou espaço vazio, de espera) para um *lugar* a ser investido e vivenciado por esses trabalhadores. Sem a sala, a rotina é o silêncio. A questão colocada para a intervenção nesse estágio seria a de como romper um silêncio que também era tradutor do sofrimento e de uma estratégia de proteção pessoal frente ao seu processo de adoecimento?

Inspirados pela a ideia inicial da comunidade ampliada (Oddone, 2007) decidimos por transformar as condições que estimulavam o silêncio. Iniciamos a incipiente construção de comunidade ampliada (pesquisadores, trabalhadores, familiares, estudantes) simplesmente permitindo uma ressignificação da voz do trabalhador. E tal processo passou pela construção de um espaço em que o trabalhador percebe que é ele o detentor do “saber” sobre, nesse caso, seu próprio adoecimento. Criou-se, então, progressivamente, um espaço dialógico – no qual ele não só “se ouvia” falar, como também se endereçava a outros com destinos laborais similares, no que diz respeito à rota do adoecimento no e pelo trabalho.

O dispositivo permitiu a emergência da história de cada sofrimento, ainda que brevemente, suas afetações e, por conseguinte, a (re)laboração da experiência de saúde-doença no trabalho. Ademais, o que, implicitamente, pôde ser visto ganhando corpo foi a presença, ainda que frágil, instável, de um coletivo, aqui entendido como um espaço compartilhado em torno de uma problemática comum. Senão a constatação, quando comparamos todas as salas, de que o sofrimento era o que os unia, como em um uníssono. O fato de o sofrimento ter uma faceta compartilhada não significa, obviamente, a inexistência de matizes singulares – o que foi captado no momento seguinte, das entrevistas. Contudo, o principal resultado dessa etapa parece ter sido, a julgar pelas reações da maioria dos envolvidos, a “tomada de consciência” de um compartilhamento oculto, velado, de um sofrimento comum. Ademais, a sala também se revelou, ao cabo da intervenção, como um espaço no qual o trabalhador poderia reconhecer-se no outro, com possíveis impactos (embora não tenhamos como avaliar por certo) na transformação da “culpa” pelo adoecimento, o qual é geralmente reforçado nos espaços institucionalizados (empresa, perícia).

Em termos de alguns conteúdos que merecem menção, destaca-se o relato dos trabalhadores, em todas as salas, da existência de violência no trabalho, mais especialmente o assédio moral. Um dos trabalhadores mencionou ser traumático o fato de sofrer vários assaltos em seu ambiente de trabalho. Contudo, em seu relato, ele reconhecia que o sofrimento de ser assaltado, de ter a vida em risco, era subjetivamente menos custoso do que a ausência de suporte na empresa – e pior: as acusações veladas, os comentários no limite entre o descaso e a culpabilização mais rasteira. Como consequência, relata o trabalhador, desenvolveu sintomas patológicos, os quais incluíam pesadelos, ansiedade e mesmo pânico apenas ao passar em frente à empresa em que trabalhava.

Nessa mesma direção, uma trabalhadora propôs em uma das salas que o assédio moral, de aspecto nem sempre positivamente “palpável”, deveria ser colocado na mesma categoria de “acidente”, ainda que invisível ou de difícil comprovação, embora real, com efeitos subjetivamente danosos. Essa re-leitura feita pela trabalhadora apresenta-se como um meio de recuperar o debate sobre saúde no trabalho, por meio da capacidade de detectar e instruir novas regras, de diálogos entre os coletivos e um meio de mobilizar a atividade em si.

Por fim, outro conteúdo que emergiu no espaço do coletivo provisório refere-se aos acidentes de trabalho. Nesse caso, a presença de um advogado entre os integrantes do grupo foi essencial para elucidar como a troca entre os trabalhadores poderia ser um meio de fortalecimento e de um coletivo presente e atuante. O referido advogado, ao explicar sobre a

necessidade de emissão do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) para o grupo de trabalhadores (que desconhecia completamente o tópico), tornou explícito o modo como os espaços de diálogos podem promover a interlocução dos saberes entre os coletivos de trabalho.

4.2. O sujeito e sua relação com atividade de trabalho

A atividade de trabalho pode ou não ser fonte de vitalidade para o sujeito. Na prática, o adoecimento pelo trabalho ocorre quando a atividade perde sua conexão afetiva com a pessoa, seu potencial de transformação, quando o sujeito já não se sente mais na origem da qualidade do que faz (Clot, 2010). O dispositivo das entrevistas semiestruturadas revela o esvaziamento pela atividade, a incapacidade ou impossibilidade de o sujeito falar de outra coisa que não os aspectos negativos de seu *métier*. Observamos uma fala centrada nos impedimentos. Compreensivelmente, à primeira vista, já que o espaço institucional em que foram abordados coloca a doença no centro da atenção. Contudo, essa "monologia" só agrava o estado de sofrimento.

O dispositivo das entrevistas diferencia-se da sala de espera por permitir entender algumas características relacionadas à atividade na perspectiva biográfica do trabalhador e o seu enveredamento para o adoecimento. Ao mesmo tempo em que tal momento de entrevista nos permitiu contribuir para a resignificação do sofrimento em questão (ao dar voz, o sujeito era enfim "autorizado" a elaborar sobre sua dor), ele também nos permitiu conhecer melhor o público da pesquisa nos termos de sua história de vida pelo trabalho e os sinais, mesmo que pontuais, de desenvolvimento/impedimentos da atividade pela via do adoecimento.

O primeiro aspecto a destacar consiste no cenário de descrédito e insensibilidade da organização do trabalho em relação ao adoecimento iminente. Trata-se de uma invisibilidade associada, paradoxalmente, a um "presenteísmo" (ir trabalhar mesmo doente) no qual o ritmo de desempenho devia seguir mantido. De fato, para Seligmann-Silva (2015), o presenteísmo tende a agravar os sintomas, podendo chegar ao limite do esgotamento. Uma trabalhadora (Bancária, 28 anos, 7 de profissão), ao ser questionada em que momento teve a percepção que estava adoecida, relatou:

"Comecei a chorar na frente do cliente, não consegui me controlar, comecei a chorar, fui pro banheiro, quando eu voltei tava (ar de riso) o segurança da agência na minha frente (...). E quando eu olhei o segurança de costas, quando eu olhei pra arma dele eu tive vontade de pegar a arma dele. Foi aí que eu vi (...). Algumas vezes eu, eu ficava tão nervosa que eu batia (reprodução de socos na mesa para exemplificar sua ação)".

A insensibilidade diante da condição de fragilização da saúde pode levar a reações extremas, desde o embotamento à explosão afetiva – como no caso aludido. Em geral, o próprio sujeito tende a traduzir seus sentimentos, percepções e avaliação da situação para a esfera interna, onde, não raras vezes, acaba ficando "preso". Do lado externo, na situação de fragilidade e esgarçamento de coletivos capazes de suportar o peso do trabalhar (Clot & Gollac, 2014), por vezes impera a indiferença, ou então o descrédito, ou ainda o estigma (louco, preguiça, frescura). O resultado, no plano individual, é o desinvestimento da atividade; no plano da tarefa, a ameaça ao desempenho, mesmo, por vezes, em funções corriqueiras.

As entrevistas fizeram eco a aspectos já relativamente consolidados como a forte culpabilização do trabalhador pela sua condição; situações de questionamento da própria identidade ("O que estou fazendo aqui, e por quê?"); lapsos de esquecimento, afetando o desenvolvimento da atividade, além das falhas/erros na atividade de trabalho, bem como a irritação e agressividade com colegas e/ou público que fazia uso do seu serviço. O desgaste mental impedia o transformar do real pelo investimento de si – que, conforme destaca Lhuillier (2014), implica na mobilização de recursos pessoais já desenvolvidos, mas também na criação de novos recursos.

À medida que as entrevistas mergulhavam na tentativa de compreensão dos laços do sujeito com sua história de trabalho, fomos constando, como resultado da escuta neste momento, problemas ligados à gestão do trabalho, ligados ao descaso, com a própria atividade, seus

motivos, finalidades e resultados. A forma pela qual isso reverbera na prática, e pode ser visualizado, é na inexistência, nas falas dos entrevistados, de um “cuidar do trabalho”, da discussão e da preocupação com um trabalho bem feito (Clot, 2010). Quando isso ocorre, a atividade perde seu potencial de instituição de novas regras de vida, e o sujeito volta-se, então, à única coisa que lhe resta: seu mundo interior, suas lamentações. De modo mais enfático, dois *métiers* parecem fortemente a risco: o bancário e o de transportes.

No caso particular dos motoristas de ônibus, a procura pelo CEREST revela dados assustadores: eles são vítimas recorrentes de assaltos (média de nove a dez por mês). Como já sinalizamos na seção anterior, esses trabalhadores apontam que mais duro que o assalto em si, é o descaso da organização, a ausência de envolvimento com os trabalhadores no sentido de se discutir medidas de enfrentamento. Ademais, as exigências dessa profissão são complexas, desde a atenção ao trânsito e às condições urbanas, passando pelo acúmulo da dupla função (motorista/cobrador), a violência social, e a gestão pelo medo. A nosso ver, esse é um caso de “ofício doente”, pois suas condições de execução beiram ao insuportável, havendo pouca ou ineficaz ação coletiva para a construção de recursos psicossociais de enfrentamento. Aprofundaremos este ponto a seguir.

4.3. O ofício assediado na atividade de trabalho

O terceiro bloco de resultados refere-se às entrevistas clínicas, cujo foco é nas questões ligadas à atividade propriamente dita, ao ofício, cujo foco é no desenvolvimento de sua atividade de trabalho para a análise desse mesmo eixo. Em sendo assim, o que estaria acontecendo na atividade de trabalho desses trabalhadores, ao ponto de propormos a metáfora de um ofício “assediado”? Vamos responder a esta pergunta baseando-nos na distinção dos níveis do ofício proposta por Clot (2006, 2010): pessoal, impessoal (âmbito da tarefa e das condições materiais e procedimentais para sua realização), interpessoal e transpessoal (nível do gênero, isto é, da “memória” de um terminado ofício, dos saberes passados de geração para geração; cultura do ofício).

Quanto à perspectiva pessoal, os trabalhadores, de um modo geral, se identificavam/gostavam da atividade de trabalho), tendo relativo domínio de seu nível impessoal (regras, procedimentos, conhecimentos). No entanto, no âmbito interpessoal e transpessoal, foi comum identificarmos, nas entrevistas, um conflito de critérios, ou de demandas: de um lado, as da organização (relações de competitividade, condições de trabalho, gestão pelo medo, pressão e violência psicológica), e as do próprio coletivo, no sentido de um orientar-se por um fazer com qualidade. A visão que esses trabalhadores tinham sobre como, idealmente, o ofício (e, neste, a atividade) deveria ser realizado se chocava tanto com imperativos do real, com os da organização. Haver tal choque de critérios não é, por si só, um aspecto grave, em si mesmo adoecedor. O problema é quando tais conflitos não são colocados ao serviço do debate, da controvérsia (Clot, 2006; 2010). Era isso que sugeríamos na seção anterior, ao mencionar o desinvestimento, a “desafetação” da atividade pelos trabalhadores, os quais estavam muito mais capturados pelo “humor triste”, para empregar um termo de Espinosa, do sofrimento.

Para Clot (2010, 2013), é no confronto e encontro das possibilidades que os coletivos de trabalho devem perseverar. Quando o trabalhador não tem nenhuma margem de manobra sobre a ação, seu poder de agir, isto é, sua capacidade de mobilizar recursos psicossociais no confronto com o real, fica esvaziado, diminuído, propiciando a emergência das condições para o adoecimento. Um exemplo dessa ausência de poder de agir no confronto de critérios pode ser apreendida genericamente no relato: *“Nos meses agora a gente tá sendo pressionado, para vender produtos que os clientes não precisam e para capitar de quem não tem, você tem que fazer, porque se não fazer tem quem faça” (Bancário, 42 anos, 10 anos na profissão).*

Quando a discordância, ou, pior, a indiferença, não podem ser questionadas no coletivo, enfrentadas, a saúde entra em risco. Quando o trabalhador perde sua autonomia em responder pelo trabalho, pelo que nele acontece (sentindo-se muito mais um “objeto” das circunstâncias,

e não um sujeito – como no caso relatado sobre os motoristas de ônibus), o trabalhador perde a própria noção do porquê, do motivo, de seu fazer. Nesse contexto, a recuperação dos coletivos é um dispositivo fundamental de enfrentamento. Primeiro, pois como já adiantamos na seção sobre as salas de espera, o trabalhador sai da órbita do “cuidar de si”, passando a ver outros na mesma situação. Segundo, ao assim se colocar, pode articular-se a esses outros, cujo destino os aproxima, e passar para um nível de afirmação da saúde que implica, necessariamente, o “cuidado do outro”, notadamente o “outro” representado pelo ofício:

“Eu fui tentar ver o que estava acontecendo, é só comigo? o problema está dentro de mim? (...). Aí eles – Sindicato - vieram e conversaram comigo – olha não é não, o negócio tá acontecendo, você tá no miolo do furacão, não é só você, outros colegas seus que você nem sabe, mas esse já está afastado(...), demitido e reintegrado” (Bancário, 42 anos, 10 anos na profissão).

5. Considerações finais

Este trabalho reforça a necessidade do cuidado com os ofícios, em complemento, porém com igual nível de importância, do cuidado ofertado às pessoas (trabalhador), numa perspectiva de reparação do bem-estar por meio da discussão, pelos coletivos, sobre o bem-fazer, sobre os critérios e as tensões da atividade. Como procuramos argumentar, quando se perde as margens de manobra sobre a ação (autonomia sobre a atividade, discussão e controvérsia), amputa-se o poder de agir do trabalhador, mas também o seu grau de manobra sobre o ofício, sobre sua sensação de estar vinculado à realização de um trabalho bem-feito. Um ofício adoecido não poderá levar a uma potencialização da saúde.

Uma discussão que priorize a saúde como ligada à raiz dos ofícios implica na escolha de perspectivas que priorizem a análise do trabalho – o que, uma vez mais, não significa desconsiderar o sofrimento individual do trabalhador, o qual, afastado de sua atividade de trabalho, enfrenta as problemáticas do isolamento e de uma luta solitária e impotente para dar voz e veracidade ao seu adoecimento.

O ofício precisa ser entendido como um operador de saúde –e, neles, os coletivos de trabalho: de provisórios (como na situação artificial da intervenção pelo dispositivo da sala de espera), aos mais “permanentes”. Destaca-se também a necessidade real de incorporar as questões da saúde mental dos trabalhadores nas discussões e nas pautas das lutas sindicais – sendo estes os coletivos organizados e constituídos cuja missão é realizar esse tipo de mediação. Tais coletivos organizados devem se colocar como um caminho para o cuidado com o trabalhador, e necessariamente, com o trabalho, dentro de uma conjuntura contraditória e desafiadora composta por modelos organizativos e relações de poder desiguais e opressores.

Por fim, a disposição para dar voz e vida ao trabalho é um meio de proporcionar ao trabalhador reviver sua experiência, reelaborar e renovar o desenvolvimento do ofício, e, por conseguinte, contribuir na restauração de sua saúde, quando efetivamente ocorre a mobilização dos recursos do gênero profissional (nível transpessoal do ofício). A busca pela manutenção de um ofício “sadio” apresenta-se, pois, como uma estratégia de promoção↔recuperação no campo da saúde do trabalhador, pois suas renormalizações e recriações podem permitir transformações nos processos de trabalho em si, afetando o desenrolar da atividade desse trabalhador.

Referências

Athayde, M. & Souza, W. F. (2015). Saúde do Trabalhador. *Dicionário de psicologia do trabalho e das Organizações*. In P.F.Bendassolli & J. E. Borges-Andrade (pp. 597-606.). São Paulo. Casa do Psicólogo.

Bendassolli, F. & Soboll, L. A. P. (2011). *Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. São Paulo: Atlas.

Bourdieu, P.(1996). *Razões Práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus.

Brasil (2002). Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 1.679*. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set.

Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de Agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum.

Clot, Yves. (2013). O ofício como operador de saúde. ***Cadernos de Psicologia Social do Trabalho***, 16, 1-11.

Clot, Y., & Gollac, M. (2014). *Le travail peut-il devenir supportable?* Paris: Armand Colin.

Dias E.C & Hoefel M. G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Renast. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4), 817-827.

Dejours, C (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11.

Franco, T., Druck, G. & Seligmann-Silva, E. (2010). As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35 (122), 229-248.

Lacaz, F. A. C. (2016). Continuam a adoecer e morrer os trabalhadores: as relações, entraves e desafios para o campo Saúde do Trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 41, e13.

Lhuillier, D. (2006). *Cliniques du travail*. Paris: Erès.

Lhuillier, Dominique. (2014). Introdução à psicossociologia do trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 17(1), 5-20.

Mendes, R. & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25:341-349.

Minayo-Gomez, C. (2011). Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações. In Minayo-Gomez, C. Machado J.M.H. & Pena, P.G.L.(Orgs). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea* (pp.1-21). Rio de Janeiro: editora Fiocruz.

Minayo-Gomez, C., & Thedim-Costa, S. M. F. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(Supl. 2), S21-S32.

Muniz, H.P.; Brito, J.; Souza, K. R.; Athayde, M. & Lacomblez, M. (2013). Ivar Oddone e sua contribuição para o campo da Saúde do Trabalhador no Brasil. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo , 38(128), 280-291.

Oddone, I., Marri, G., Gloria, S., Briante, G., Chiattella, M., & Re, A. (1986). *Ambiente do trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec.

Oddone, I. (2007). Reflexiones sobre el modelo obrero italiano: entrevista por Estela Ospina S. *Revista Sindical de Salud, Trabajo y Medio Ambiente*, 5(2), 4-8. Lima, Peru: Instituto Laboral Andino, jun. 2007.

Seligmann-Silva, E. (2011). *Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: UFRJ/Cortez.

Seligmann-Silva, E. (2015). Desemprego e desgaste mental: Desafio às políticas públicas e aos sindicatos. *Revistas Ciências do Trabalho*; 4, 89-109.

Silva, C. O. da, & Ramminger, T. (2014). O trabalho como operador de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(12), 4751-4758.

1. Mestre em Psicologia. Docente do Mestrado Profissional de Psicologia do Trabalho da Universidade Potiguar. Doutoranda pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Campus Universitário UFRN. + 55 (084) 99997-8927. aldakarolinel@yahoo.com.br

2. Doutor em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Campus Universitário UFRN. Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Departamento de Psicologia. Av. Senador Salgado Filho, s/n - Lagoa Nova Natal/RN. 59078970.

[Índice]

[No caso de você encontrar quaisquer erros neste site, por favor envie e-mail para [webmaster](#)]