

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA
DE PRODUÇÃO**

**PRÁTICAS DE SAÚDE EM UMA EMPRESA PÚBLICA NO ESTADO DO PARANÁ E
AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE DOS SEUS TRABALHADORES:
UMA CONTRIBUIÇÃO À ERGONOMIA E À SAÚDE DO TRABALHADOR**

AURISTELA DUARTE MOSER

**FLORIANÓPOLIS
2005**

AURISTELA DUARTE MOSER

**PRÁTICAS DE SAÚDE EM UMA EMPRESA PÚBLICA NO ESTADO DO PARANÁ E
AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE DOS SEUS TRABALHADORES:
UMA CONTRIBUIÇÃO À ERGONOMIA E À SAÚDE DO TRABALHADOR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor. Orientadora: Prof^a. Dra. Zuleica Maria Patrício

**Florianópolis
2005**

TERMO DE APROVAÇÃO

PRÁTICAS DE SAÚDE EM UMA EMPRESA PÚBLICA NO ESTADO DO PARANÁ E AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE DOS SEUS TRABALHADORES: UMA CONTRIBUIÇÃO À ERGONOMIA E À SAÚDE DO TRABALHADOR

Tese apresentada à banca examinadora como requisito para obtenção do grau de Doutor em Engenharia de Produção e Sistemas no Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo julgada e aprovada nesta data.

Florianópolis, 11 de março de 2005.

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.
Coordenador do Programa

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Zuleica Maria Patrício, Dr^a. (Orientadora).
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. UFSC.

Prof^a Ruth Terezinha Kerhig, Dr^a em Saúde Pública. Escola Nacional de
Saúde Pública. USP.

Prof^a Suely Grosseman, Dr^a em Engenharia de Produção. Universidade Federal de
Santa Catarina, UFSC.

Prof^a Leila Amaral Gontijo, Dr^a. (Moderadora).
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC.

Prof. Alfredo Iarozinski Neto, Dr. Em Engenharia de Produção. Université d`Aix
Marsellie.

Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Pontifícia Universidade
Católica do Paraná, PUCPR.

DEDICATÓRIA

Ao mestre Paramahansa Yogananda que com seu amor incondicional e silenciosa presença, caminhou incógnito ao meu lado nestes últimos anos, protegendo-me com braços invisíveis, advertindo-me através da minha mente, sorrindo comigo nos momentos de acerto, e sobretudo, mostrando-me através do meu próprio coração que os caminhos mais inóspitos e tortuosos podem surpreender com as mais belas flores.

AGRADECIMENTOS

Àqueles que me criaram Antonio e Anailde, a quem devo a vida e o gosto pelo estudo.

Àqueles a quem criei, Mariana, Henrique e Sofia, pela cumplicidade e compreensão que ajudaram a transformar meu sonho em realidade.

A Antonio Moser, companheiro de uma vida, que permaneceu comigo em meio às tristezas e alegrias da trajetória.

A Zuleica Patrício, que soube me conduzir pelos caminhos da não linearidade, me emprestando o seu “olhar de águia” e temperando a minha experiência com o rigor e a ousadia necessários aos estudos qualitativos.

A Andréa Muller, pela justa medida entre amizade, profissionalismo, marcas de suas relações comigo.

A Ana Maria Dinievski, pelos momentos de incentivo e fecunda interlocução.

A Edite Kravulski, por me auxiliar com sua bondosa perspicácia, nas horas de incerteza e sobretudo pelo acolhimento em sua casa nos momentos de solidão.

A Eliane Trevisan e Valter Lopes, pelo carinho, apoio e exemplo de humildade e perseverança.

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos por me abrir as portas de tão rico universo de pesquisa, viabilizando esta importante etapa da minha vida acadêmica.

Aos sujeitos deste estudo, a minha eterna gratidão.

A mais bela experiência que podemos ter é a do mistério. É a emoção fundamental existente na origem da verdadeira arte e ciência. Aquele que não a conhece e não pode se maravilhar com ela está praticamente morto e seus olhos estão ofuscados.

Albert Einstein

RESUMO

O trabalho ocupa um lugar cada vez mais central no âmbito da vida das pessoas, pelo seu caráter dual, configurando-se ora como fonte de prazer e realização, ora como fonte de sofrimento, frustração e adoecimento. Assim, os papéis assumidos no mundo do trabalho, pela influência nas condições e estilo de vida das pessoas, têm um papel formador e de influência no seu conceito de saúde. O objetivo desta tese foi compreender a relação existente entre as práticas de promoção da saúde desenvolvidas em uma empresa do estado do Paraná, e as concepções de saúde de seus trabalhadores, a partir da percepção dos trabalhadores e gestores de saúde da empresa. Buscou-se identificar as práticas de saúde nesta empresa, identificar as concepções norteadoras das práticas de promoção da saúde no trabalho contidas nos seus documentos e as concepções de saúde de trabalhadores e gestores, buscando através de uma reflexão crítica, a compreensão da relação entre concepções e práticas de saúde. O estudo foi de abordagem qualitativa, na modalidade estudo de caso sendo utilizadas na coleta dos dados, as técnicas de análise documental, entrevista semi-estruturada e observação. O estudo mostrou que a visão de saúde dos trabalhadores e gestores, encontra nas práticas desenvolvidas, um foco de contradições por expor as limitações de um modelo de atenção à saúde baseado na normatividade, sem a necessária articulação dialógica entre os saberes de gestores e trabalhadores. As grandes linhas de pensamento (o positivismo, a fenomenologia e o materialismo histórico) coexistem nas concepções de saúde dos sujeitos do estudo, sendo que as ações que traduzem essas concepções se encontram influenciadas pela perspectivas funcionalistas e utilitárias, tributárias do conceito biomédico de saúde. Em meio ao embate de olhares e saberes, foi possível vislumbrar, porém, a perspectiva de novos paradigmas em direção a uma abordagem integradora e dialógica.

ABSTRACT

Work has an important role in people's lives, for it has a dual feature, since it can be a source of pleasure and realization or a cause of suffering, frustration and sickness. Thus, the roles taken in the world of work, for its influence in people's life conditions and life style can be considered essential and influence people's concept of health. The purpose of this thesis was to understand the link between the health improvement procedures developed by a company in the countryside of Paraná and the concept of health presented by its workers, considering the worker's point of view as well as the health managers' opinions. The first step was identifying the health procedures in a company, the guideline concepts of the health improvement practice in the documents of the company and the concepts of health presented by its workers and managers, searching through a critical reflection the comprehension of the link between the concepts and the procedures of health improvement in the company. The study had a qualitative approach, using case study and during the data collection, the documentary analysis, half-structured interview and observation. The study showed that the worker's and manager's definition of health isn't consistent in terms of the procedures developed, since it shows the restrictions of a health attention model, based on the regulation without the essential dialectic connection between the worker's and manager's knowledge. The great theories of philosophy (the positivism, the fenomenology and the historical materialism) coexist in the conceptions of health presented by the study's subjects, but the actions that translate these conceptions are actually influenced by the functionalist and utilitarian perspectives, which concern biomedical concept of health. Through the contradictions between the perspectives and the knowledge, it was possible to glimpse however, the perspective of new paradigms to a dialectic and integrant approach.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	12
1.1 DA GÊNESE ÀS FINALIDADES DO ESTUDO.....	12
1.2 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO.....	22
2 O CAMINHO TEÓRICO.....	24
2.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE: TENDÊNCIAS DO PENSAMENTO CONTEMPORÂNEO.....	24
2.2 O TRABALHO E A SAÚDE HUMANA.....	40
2.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO.....	57
2.4 A CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	63
3 . O CAMINHO METODOLÓGICO.....	73
3.1 A NATUREZA E O TIPO DE ESTUDO.....	73
3.2 PRINCÍPIOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	77
3.3 SUJEITOS E LOCAL DO ESTUDO.....	78
3.4 ETAPAS DA PESQUISA E TÉCNICAS DE COLETA, REGISTRO, ANÁLISE E DEVOLUÇÃO DOS DADOS.....	86
4 DESCRREVENDO A REALIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS SUJEITOS TRABALHADORES: CENÁRIO DA RELAÇÃO SAÚDE-TRABALHO.....	96
4.1 HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS DA EMPRESA	96
4.2 O PROCESSO DE TRABALHO NOS CORREIOS.....	103
4.3 A POLÍTICA DE SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO.....	108
4.4 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO INDIVIDUAL.....	110
4.5 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO COLETIVO.....	116
4.6 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO COMUNITÁRIO.....	118
5. ENTRE CONCEPÇÕES DE SAÚDE DE TRABALHADORES E GESTORES: O TRABALHO REAL E O TRABALHO PRESCRITO REVELANDO O DESENCONTRO ENTRE O ESPERADO E O RECEBIDO.....	124
5.1 A VISÃO DA EMPRESA E A VISÃO DO TRABALHADOR: O CONFRONTO ENTRE A SAÚDE VIVIDA E A SAÚDE INSTITUÍDA.....	126

5.1.1 A Saúde como Bem Estar Físico e Bom Funcionamento do Corpo.....	127
5.1.2 A Saúde como Capacidade de Resposta ao Meio.....	132
5.2 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE DOS GESTORES: SINTONIA COM CONCEITOS ESTABELECIDOS PARA ALÉM DOS TRABALHADORES	135
5.2.1 Saúde como resultado do atendimento às múltiplas necessidades.....	136
5.2.2 Saúde com atributo da qualidade de vida.....	157
5.3 PRÁTICAS DE SAÚDE: ENTRE A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE, AS CONTRADIÇÕES, LIMITES E POSSIBILIDADES DE COMPARTILHAR HORIZONTES.....	162
5.3.1 O Discurso e a Prática: a difícil passagem do “sem forma” a “forma”.....	164
5.3.2 Entre Prevenção e Promoção: a nebulosidade de conceitos e as práticas resultantes.....	168
5.3.3 A Saúde como Experiência Complexa.....	176
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
REFERÊNCIAS.....	187
APÊNDICES.....	195
ANEXOS.....	207

1 APRESENTAÇÃO

1.1 DA GÊNESE ÀS FINALIDADES DO ESTUDO

O interesse pela relação entre as concepções de saúde e as práticas de saúde desenvolvidas no âmbito do trabalho, tema deste estudo, é fruto de uma vivência particular como profissional em Fisioterapia e de um processo de autoquestionamento nos níveis pessoal e profissional. Ao longo dos anos, as reflexões foram emergindo mediadas pela minha prática profissional e dando forma aos questionamentos que trago para este estudo.

A Fisioterapia nasceu no contexto das duas grandes guerras mundiais e voltou-se à prática intervencionista com o objetivo de reabilitar mutilados e deficientes motores para sua reintegração à sociedade e ao mundo produtivo.

Como área de conhecimento oriunda do modelo médico cartesiano e influenciada pela visão tecnicista, a Fisioterapia, desde o princípio, voltou-se ao corpo e à recuperação de suas funções, a partir de um ponto de vista anátomo-fisiológico com atenção mais voltada à doença e suas manifestações do que ao ser adoecido.

Essa forma de assimilação de modelos teóricos e filosóficos norteadores da prática fisioterapêutica direcionou a sua intervenção a partes específicas do corpo, ignorando o contexto histórico do adoecimento (REBELATTO,1987).

No início dos anos de 1980, novas dimensões e possibilidades de atuação surgiram da minha inquietação quanto aos resultados obtidos com a prática e do contato com algumas abordagens holísticas, especialmente a Antiginástica de Bertherat (1988), a Reeducação Postural de Souchard (1988) e a Eutonia de Alexander (1989)¹.

Nesse período, no cotidiano de trabalho, fui tomando conhecimento desses novos modelos, refletindo sobre eles e de alguma maneira colocando-os em prática nas ações em Fisioterapia.

¹ Essas abordagens compartilham uma visão de corpo como um espaço de troca com o meio natural e social e a doença como uma linguagem que precisa ser escutada respeitando o ser humano em todas as suas dimensões.

Buscando uma forma de ampliar o foco de atenção de modo a incluir o sintoma no contexto do adoecimento, acostumei-me a trabalhar com os dados da própria percepção dos pacientes. Tornei-me atenta aos desdobramentos e repercussões da doença nas várias dimensões da vida deles, em especial na do trabalho pelo atendimento a pessoas portadoras de DORT².

Posteriormente, em busca de uma metodologia de abordagem para essas situações, iniciei meus estudos em Ergonomia paralelamente com trabalhos profissionais em programas preventivos em empresas e escolas, estendendo mais tarde a minha atuação para grupos inseridos em contexto organizacional com programas de promoção à saúde nas empresas.

A influência da visão holística e sistêmica em Fisioterapia mostrou a necessidade de abordar a questão saúde-doença em seus vários planos de manifestação, subsidiando a elaboração de estratégias de promoção à saúde, articuladas com os saberes e percepções dos sujeitos trabalhadores, propiciada pela descoberta dos métodos qualitativos de pesquisa, quando do meu ingresso no Doutorado em Ergonomia pela Universidade Federal de Santa Catarina.

O processo de industrialização e urbanização que vem ocorrendo desde o século XIX tem provocado importantes impactos, sobretudo no modo e estilo de vida das pessoas com repercussões que têm distanciado o homem da sua relação com a natureza, incluindo a forma como dela se apropria para produzir bens e produtos que favorecem cada vez mais comportamentos e hábitos sedentários numa busca de conforto e praticidade. Essa condição tem favorecido o aparecimento de inúmeras doenças, dentre as quais as denominadas hoje de doenças da civilização³, decorrentes do sedentarismo ocasionado pela queda das exigências das tarefas cotidianas e das tensões emocionais oriundas das crescentes exigências da produção nos ambientes de trabalho.

² Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

³ Doenças advindas do “stress” cotidiano, sedentarismo e exigências crescentes do ritmo imposto pelas exigências do mundo moderno, onde o uso do corpo se restringe a um pequeno repertório de gestos e posturas, com pouco estímulo de sistemas vitais como o cardiocirculatório e osteomuscular. (NAHAS, 1991).

Nesse contexto, a saúde torna-se cada vez mais uma condição que necessita de constantes e progressivos investimentos para seu cultivo e preservação. Assim, os responsáveis pelo cultivo da saúde; são inicialmente a família, com os cuidados primários; a escola, introduzindo os conceitos básicos de higiene e saúde, e mais recentemente o trabalho, com ações voltadas ao que as empresas denominam de “Promoção da Saúde no Trabalho”⁴. Estas últimas estão situadas em um amplo contexto, cujo pano de fundo é um saber em construção e cuja área de domínio político-governamental chama-se Saúde do Trabalhador.

Para Illich (1975), Codo, Sampaio e Hitomi (1995), O’Neill (2001) e Bragança (2002), historicamente essa área de atuação não tem considerado o trabalhador na sua perspectiva humana e integradora, pois o reduz a um elemento do sistema produtivo, no qual o conceito de saúde⁵ significa apenas a ausência de doenças e acidentes de trabalho, sem se ocupar de muitas outras formas de prejuízo ao organismo humano. Seu eixo básico é o processo de trabalho, visto a partir das unidades de produção e de seu papel determinante nas condições de desgaste e adoecimento dos trabalhadores.

Em função das mudanças ocorridas nas últimas décadas no cotidiano do trabalhador e do esforço para adaptação a novos papéis, o primeiro bem a ser abandonado, enquanto escala de valores, tem sido o cuidado à saúde, ficando esta muitas vezes à mercê das políticas e práticas de saúde desenvolvidas na empresa, que por sua vez obedece a modelos preestabelecidos pelas normas de segurança e saúde no trabalho, determinadas pelas políticas governamentais.

No que diz respeito ao corpo do trabalhador, o ingresso na vida produtiva se caracteriza por um exercício rotineiro de gestos, posturas e atividades mentais que obrigam o corpo a submeter-se às demandas do sistema produtivo, com desdobramentos que vão além do ambiente e das relações de trabalho, pois

⁴ Iniciativa empresarial no sentido de atenuar os efeitos das condições de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores promovendo práticas e cuidados em saúde, com a inclusão de programas educativos, prevenção de doenças relacionadas ao trabalho e práticas de atividade física compensatória (Ginástica Laboral).

⁵ O termo *conceito* é considerado neste estudo como “as unidades de significado que definem a forma e o conteúdo de uma teoria, (MINAYO, 2000, p.92). Poderá ser interpretado de formas diferentes conforme o momento histórico daqueles que o examinam, sendo o seu dinamismo e possibilidade de articulação com outros conceitos, a chave para sua atualização e renovação. (PATRÍCIO, 1993).

introduzem novas condicionantes no seu estilo e forma de viver, com impactos negativos no plano familiar e social, em razão de que a maior parte do tempo é dedicada ao trabalho, em detrimento do lazer e cuidados com a saúde.

O abandono ou o descaso com o corpo por parte de quem trabalha, nesse momento da vida, acaba acontecendo em razão da necessidade de subsistência e garantia das necessidades básicas, ou até da manutenção do “status” social alcançado, dependendo da escala de valores ou necessidades de cada pessoa.

Patrício et al. (1999), em seus estudos sobre qualidade vida do trabalhador, alertam para o fato de que:

A conjugação de baixos salários com as atuais condições de trabalho levam o trabalhador a multiplicar suas horas de trabalho em jornadas maiores ou trabalho noturno. Conseqüentemente, o trabalho no qual se busca permitir um viver saudável proporcionando prazer e felicidade, consome diariamente as forças do trabalhador e causa ou apressa sua morte, através de doenças ocupacionais, através do estresse diário (p.106).

Atentas a esse panorama, muitas empresas buscam formas de atenuar o impacto dessas condicionantes através de práticas de promoção à saúde e qualidade de vida no ambiente de trabalho. Dentre as mais utilizadas estão as campanhas anti-tabagismo, anti-alcoolismo, controle e prevenção de doenças metabólicas, hipertensão arterial, orientação nutricional, e estímulo à atividade física dentro e fora da empresa.

Ainda no que concerne às políticas praticadas pelas empresas no âmbito da proteção e cuidados com a saúde do trabalhador, percebe-se uma grande preocupação com a prevenção dos DORT, através de programas de exercícios laborais compensatórios, ou ginástica de pausa, norteados pelas Normas Regulamentadoras (NRs) em Saúde e Segurança do Trabalho, do Ministério do Trabalho, sendo as principais, no caso desse estudo,

- a) a NR4, que trata dos Serviços de Medicina e Segurança no Trabalho (SESMT);
- b) a NR6, que dispõe sobre o uso de equipamentos de proteção individual (EPIs);
- c) a NR7, com o Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional;
- d) a NR9, que estabelece o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA);

e) a NR17, que estabelece a adequação das condições de trabalho às características psico-fisiológicas do trabalhador, objeto da Ergonomia.

As intervenções e práticas originadas das Normas Regulamentadoras estão na origem das Normas Operacionais de Saúde do Trabalhador (NOST) e são a base de procedimentos que, pressupõe-se, no caso de serem implantados e seguidos, deverão resultar no sucesso das estratégias relativas à promoção e manutenção da saúde no trabalho. Ocorre que, sendo estruturadas a partir de referências que transformam o sujeito das práticas em objeto de intervenções elaboradas sem a sua contribuição, essas normas acabam privilegiando uma visão unilateral do panorama da saúde no trabalho. Dessa forma, a empresa, ou vem tratando, ou vem prevenindo, ou vem atenuando os inevitáveis efeitos das condições de trabalho, mas não necessariamente promovendo a saúde.

Historicamente, autores como Cortazzo (1985) vêm chamando a atenção para o fato de que “na sociedade capitalista, a prática médica voltada aos setores subalternos tem como determinante a conservação e reprodução de sua força de trabalho, sendo assim função direta de acumulação do capital”.

O corpo do trabalhador é visto nessa perspectiva como uma máquina que necessita de manutenções periódicas e pausas para alongamento e distensionamento (ginástica laboral), numa ótica mecanicista em que a relação homem-máquina passa a ser a relação máquina-máquina, e cada vez mais os ritmos fisiológicos humanos são obrigados a acompanhar a velocidade dessas máquinas, como é o caso do trabalho informatizado e das linhas de produção acionadas por esteiras e “robots”.

Mantendo um discurso de contemporaneidade, Ribeiro (1997) alerta para as formas de utilização da força de trabalho, afirmando que

O corpo continua sendo exigido, mas de outro modo. Os esforços são agora bem mais leves, mas contínuos, rápidos, dando a impressão de inocuidade, tal a leveza no manuseio das máquinas industriais e de escritório. E quando se requer mais destreza, exige-se mais atenção. O corpo, agora sai pouco do lugar. Nesses trabalhos atentos, tensos e intensos, a cabeça e os olhos seguem os passos rápidos da produção, as mãos se movimentam mais que o resto do corpo e os braços se deslocam em posturas mais ou menos rígidas para que se execute as tarefas prescritas (p.186).

Patrício et al. (1999 a, b), em seus estudos sobre qualidade de vida do trabalhador, também aponta algumas dimensões e olhares sobre o corpo, entre as quais o de corpo produtivo dissociado das suas dimensões mental e espiritual e transformado em objeto de cuidados com uma finalidade performática e centrada em resultados.

Esses autores também chamam a atenção para a importância do trabalho como um construtor do corpo do trabalhador, na medida em que gera experiências que marcam e transformam o ser nos aspectos quantitativos e qualitativos, e também um desconstrutor, pelo desgaste e mudanças que impõe àquele corpo que ingressa no mundo produtivo, de alguma forma, já construído em alguns aspectos. Porém, o processo de reconstrução livre, através do respeito às características culturais e à subjetividade do trabalhador, é substituído pelo trabalho alienante que não se utiliza apenas da energia física do trabalhador, mas também se apropria de sua consciência, da sua capacidade de reflexão e, conseqüentemente, da sua capacidade de escuta de seu corpo e de si.

Estudos desenvolvidos na disciplina “Qualidade de Vida do Trabalhador” do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFSC, enfocando o corpo do trabalhador (PATRÍCIO, 1999) revelaram dimensões já conhecidas a partir da realidade de sujeitos que estudam-trabalham, mas que, principalmente, refletem e sentem o seu corpo como organismo vivo tentando reconstruir-se a partir de diversos momentos de desconstrução e busca de significado no cotidiano, como mostra o depoimento abaixo:

O paradigma mecanicista criou a falsa idéia de que o nosso corpo e nossa mente são fundamentalmente separados, e a maior demonstração desta concepção é a própria forma de organização da produção que reduz o ser humano ao desempenho de papéis rigidamente desenhados, dissociando-se de sua capacidade de pensar e questionar a validade ética de suas ações (p.119).

Outros estudos de pesquisadores do TRANSCRIAR-UFSC- Núcleo de Estudos Participantes do Processo de Viver e Ser Saudável (COLOMBO, 1999; FARIA, 2001; MAYA, 1999; GROSSEMAN, 2000; BONAZINA, 1999), tratando da qualidade de vida

do ser humano trabalhador, são também importantes contribuições para a compreensão da categoria trabalho num enfoque holístico-ecológico, resgatando a subjetividade do trabalhador, a construção da sua identidade no trabalho e, através dele, a importância das interações cotidianas no processo de trabalho e viver”.

Essa perspectiva, porém, não é predominante no mundo do trabalho atual. O saber do trabalhador, a sua concepção de saúde e as articulações que este elabora nos diversos âmbitos da sua existência não têm, ainda, espaço assegurado na construção das práticas em saúde, fazendo-nos lembrar de Foucault (1990), quando se refere à busca de corpos dóceis e submissos representada pela ginástica laboral em algumas situações e contextos observados na prática em fisioterapia do trabalho.

Historicamente, a saúde no trabalho em nosso país tem sido configurada nas políticas empresariais mais como um elemento potencializador da produtividade do que como preocupação legítima com o bem-estar do ser humano, o que torna o trabalhador cada vez mais responsável pela sua saúde física e mental, devendo este buscar um papel construtivo e participativo nas relações de trabalho.

O saber do trabalhador, a sua concepção de saúde e as articulações que elabora nos diversos âmbitos da sua existência para construir o seu conceito de saúde não têm ainda um espaço assegurado na construção das abordagens que norteiam as práticas preventivas e intervenções na saúde-trabalho.

No contexto atual, com as relações de produção cada vez mais complexas, considerando-se o processo de reestruturação produtiva que privilegia as leis do mercado em detrimento do ser humano como referência histórica e ontológica (CORTAZZO 1985), a saúde no trabalho passa a ser alvo de constantes negociações entre o capital e a força de trabalho em um contexto onde convivem abordagens conflitantes, tais como o discurso empresarial relativo à promoção à saúde e práticas de arrocho salarial, programas de demissão voluntária e exigências progressivas quanto ao aumento da produção com menor contingente de executores.

As análises do ponto de vista de trabalhadores que gerenciam a questão da saúde, como as de Fonseca (2002), enquanto representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT), apontam como problema central o grande conflito da economia

brasileira ao abrigar formas extremamente atrasadas de trabalho próximas até do escravismo (carvoaria, plantações de cana, dentre outras) e formas extremamente modernas.

A observação empírica realizada junto a colegas fisioterapeutas que prestam assistência a empresas em programas preventivos e a análise de alguns projetos implantados evidenciaram uma tendência ao estabelecimento de objetivos que têm como referência:

- a) redução da dor e fadiga;
- b) melhoria da capacidade física para o trabalho;
- c) redução do absenteísmo;
- d) diminuição de gastos com tratamentos de saúde;
- e) aumento da produtividade.

Essas ações revelam a preocupação com a performance do trabalhador, para a obtenção de resultados, que contribuem para a manutenção e melhoria das condições de saúde, mas que visam, apenas, à preservação da capacidade produtiva do trabalhador que, colocando a sua força de trabalho cada vez mais a serviço de um sistema de produção, ajuda a manter a estrutura e os padrões de dominação do capital.

A compreensão do processo de trabalho e a busca do entendimento das demandas da empresa, a partir dos vários interlocutores que nela convivem, não costumam fazer parte dos objetivos desses programas, e suas ações são voltadas para uma abordagem focalizada em técnicas paliativas que não transformam, ou seja, não promovem a saúde, mas apenas modificam alguns aspectos de uma situação mais ampla.

A prática, enquanto fisioterapeuta do trabalho, revelou a existência de um conflito a que chamo de “velado” pela ausência de confronto entre, por um lado, o saber e as percepções dos trabalhadores sobre saúde e trabalho, e por outro, a concepção oficial das empresas acerca do tema.

Para Peiró (1996), esse conflito se serve de várias linguagens para manifestar-se, sendo a doença e o estresse ocupacional apenas algumas de suas formas.

Nesse contexto é que se delinea a questão norteadora deste estudo:

Qual a relação existente entre as práticas de promoção à saúde concebidas nas empresas e as concepções de saúde dos seus trabalhadores?

Para responder a essa questão, a partir de uma abordagem que contemplasse os olhares e saberes envolvidos, foi proposto como **objetivo geral**:

Compreender⁶ a relação existente entre as práticas de promoção da saúde desenvolvidas em uma empresa do estado do Paraná e as concepções de saúde de seus trabalhadores.

E como **objetivos específicos**:

- a) Identificar as práticas de promoção da saúde em uma empresa, seus objetivos e sua forma de elaboração.
- b) Identificar as concepções que norteiam as práticas de promoção da saúde no trabalho contidas nos documentos norteadores das práticas de promoção da saúde no âmbito da empresa.
- c) Buscar as concepções de saúde de trabalhadores e gestores da saúde desta empresa.
- d) Refletir criticamente sobre as práticas de saúde identificadas, buscando sua relação com as concepções de saúde elaboradas pelos trabalhadores aos quais se destinam.

Para tanto, foi desenvolvido um estudo de abordagem qualitativa junto a trabalhadores de uma empresa pública prestadora de serviços, da cidade de Curitiba, no estado do Paraná.

Entre as finalidades do estudo, inclui-se a possibilidade de utilizar-se das reflexões críticas concebidas, na produção de conhecimentos que possam subsidiar a prática da promoção da saúde na Fisioterapia e áreas afins, ampliando o enfoque dado

⁶ O significado do termo “compreender”, neste estudo, tem como premissa ir além de uma exteriorização, ou de uma prática, em direção a um conteúdo subjacente não manifestado, mas fundamental na produção das diversas formas de gestos, linguagens e objetos de cultura (Dicionário de Filosofia, Mora, 2000). As bases teórico-metodológicas procurarão contemplar esse objetivo.

à saúde no trabalho por parte das empresas, trabalhadores e profissionais que se ocupam desse campo.

1.2 PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

Os pressupostos norteadores do estudo, incluindo as aproximações teórico metodológicas empreendidas, são os seguintes:

- a) as práticas de promoção da saúde no trabalho são regidas de forma implícita e/ou explícita por uma concepção de saúde orientada pelos paradigmas vigentes em cada momento histórico;
- b) na elaboração das práticas de saúde relacionadas com o trabalho, não é dada a devida importância às percepções de saúde que tem o trabalhador;
- c) os interesses do sistema produtivo e a realização pessoal do trabalhador constituem elementos conflitantes desde a concepção à execução das práticas de saúde, até o momento de suas implementações;
- d) as práticas de saúde no trabalho vigentes nas empresas, por serem derivadas do enfoque mecanicista, carecem de uma abordagem do ser humano trabalhador que viabilize uma participação construtiva, para o encaminhamento das questões de saúde, considerando a relação ser humano-trabalho-natureza.

1.3 ESTRUTURA DO TRABALHO

O trabalho está organizado em cinco capítulos cujos conteúdos e finalidades serão objeto de breves comentários para situar a sua trajetória e seu corpo teórico-metodológico, bem como construções que foram sendo feitas a partir do próprio processo de descoberta que ele propiciou.

Na primeira parte delineiam-se a trajetória pessoal-profissional da pesquisadora e os caminhos percorridos na busca de respostas às suas inquietações no exercício da profissão, bem como o núcleo de interesses centrado na questão saúde-trabalho-

práticas de saúde, terminando com a problematização do tema e o estabelecimento dos objetivos do estudo.

Na segunda parte são apresentados o referencial teórico adotado e as abordagens dadas ao fenômeno saúde a partir das várias correntes de pensamento historicamente situadas, incluindo as abordagens emergentes particularmente contempladas neste estudo.

O terceiro momento trata do método como o caminho trilhado, através da descrição das técnicas e abordagens que possibilitaram a viabilização dos objetivos e a visibilidade do objeto escolhido.

A descrição da realidade encontrada é feita na quarta parte do estudo, juntamente com impressões preliminares da pesquisadora, informada pelo olhar do referencial adotado e em seguida apresenta-se, na quinta parte, a discussão dos dados com as respostas resultantes da construção a que se chegou pelo processo de análise-reflexão-síntese, através do diálogo entre os dados colhidos, o referencial norteador do estudo e a percepção da pesquisadora como participante de um processo.

Finaliza-se com a retomada dos tópicos anteriores na elaboração de sugestões e recomendações voltadas à realidade estudada, incorporando também uma apropriação de cunho mais subjetivo e pessoal no momento das considerações finais.

2 O CAMINHO TEÓRICO

2.1 CONCEPÇÕES DE SAÚDE: TENDÊNCIAS DO PENSAMENTO CONTEMPORÂNEO

Nenhuma corrente de pensamento existe se desenvolve independente das questões práticas que lhe coloca a realidade social.

(Minayo, 2000)

Qual é o seu conceito de saúde?

*_ É quando a pessoa não se queixa de nada nem prejudica ninguém; **é quando tá bem disposta pra tudo, gostando da vida e querendo mais.***

- E sua definição de doença?

*- **É a tristeza, o impedimento, a falta de harmonia no corpo ou na mente ou no espírito daquela pessoa. É a falta de vontade de viver se manifestando na forma de doença.***

O diálogo acima pode se constituir numa das maneiras de se considerar uma perspectiva de sentidos e significados, relacionados à percepção do sujeito, demonstrando um certo modo de conhecer um dado conceito, nesse caso trata-se do conceito de saúde e de doença. Os papéis sociais desse sujeito estão na gênese da construção de tais conceitos e podem ser apreendidos através de uma escuta fina e atenta, ancorada em uma base teórica e conceitual presente no interlocutor.

Essa passagem, extraída do livro *Didó, o Curandeiro* (HIRSCH,1988), retrata que as representações das pessoas sobre o fenômeno saúde-doença estão relacionadas com os usos sociais do corpo em seu estado normal e com desdobramentos originados da doença no viver de cada um.

Esse trabalho é mostra da dimensão humana que emerge dessa fala de um homem do povo, um doutor do senso comum, que, como veremos, estará presente nas representações dos sujeitos deste estudo.

Tais representações mostram noções de saúde com características comuns ao indivíduo-ser humano, independentemente da classe social e de seu papel no mundo do trabalho, com sua história de vida, suas crenças e valores e sua forma de interagir com o meio ambiente em seus aspectos naturais e socioculturais.

Há que se destacar que os termos saúde e doença apresentam-se na literatura como dois lados da mesma moeda, representados por um sistema de forças em constante movimento, e refletindo condições biopsicofisiológicas mediadas pelo entorno ambiental e contexto de vida, podendo ser descrito na expressão saúde-doença, ou apenas saúde. São usados os termos saúde-doença ou apenas saúde no decorrer da construção do trabalho, contemplando as várias visões encontradas na literatura e na pesquisa empírica, mas buscando-se um alinhamento com um conceito ampliado em que saúde e doença constituem dois momentos de um mesmo processo, o de viver.

Os papéis laborais exercidos influenciam essas concepções em função do contexto histórico e das relações estabelecidas no cotidiano das empresas. No ambiente de trabalho, foi possível observar que o ser humano trabalhador não dialoga com outro ser humano na função de dirigente, pois este último, enquanto responsável pelas normas de produção, tem a sua percepção do fenômeno saúde-doença influenciada pelo seu papel na empresa.

Acredita-se também que, numa perspectiva representada pelos motivos e significados expressos nas definições de saúde, os significados atribuídos pelos sujeitos não podem ser descontextualizados do ambiente relacional onde ocorrem, pois são ao mesmo tempo produto e produtores desse ambiente. Dessa forma, as relações que se estabelecem no cotidiano, mediadas pelo ambiente-contexto, cenário dessas mesmas relações, exerce um papel condicionante e formador na gênese do que se pensa e do que do que se faz em saúde.

Na visão de Minayo (2000 p. 37) percebe-se que saúde-doença é também uma construção social, pois o indivíduo é doente segundo a classificação de sua sociedade

e de acordo com critérios e modalidades que ela fixa”. Isso porque o entorno social se configura como o espaço no qual as vivências do ser humano em seus diversos papéis ao longo de sua história vão sendo construídas e sedimentadas.

Nesse sentido, Patrício (1999), comenta:

Concebemos saúde, ou qualquer outro fenômeno ou objeto, pelos nossos referenciais, ou seja: pelas nossas crenças, valores, conhecimentos, práticas e pelos sentimentos em relação ao que já vivenciamos em nós e que percebemos nos outros. Podemos então, considerar que “ser saudável”, ter saúde é um conceito subjetivo, particular, concebido-elaborado pelo indivíduo, ou grupo, a partir de suas representações sociais e momento de vida . (p. 47).

Essa visão, baseada no referencial holístico-ecológico, entende a saúde como um atributo da qualidade do viver, que por sua vez encerra um constante dinamismo interacional que constrói, destrói, reformula velhos conceitos e atualiza práticas.

Esse referencial que contempla o ser humano em sua subjetividade e complexidade situa-se em uma relação de complementaridade com os principais documentos internacionais recomendados como norteadores das abordagens de atenção à saúde humana, em todos os seus âmbitos, tais como: Carta de Ottawa (1986), Oitava Conferência de saúde (1986), Adelaide (1988), Sundswal (1991), Bogotá (1992) e Jacarta (1997), também tomados como referencial para efeito deste estudo no enfoque da promoção à saúde.

Os documentos acima apontam para a necessidade de uma mudança do foco intervencionista em condições de saúde já deterioradas, para uma abordagem de prevenção e educação, com respeito às peculiaridades culturais e possibilidades de expressão e participação das comunidades para que as pessoas possam ser vistas e assistidas na integralidade do seu ser.

Sem pretender abarcar a totalidade dessa temática, dada a sua complexidade, mas ciente da necessidade de construir um olhar e um suporte teórico capaz de refletir sobre o objeto de estudo, a trajetória percorrida no processo de conhecer e refletir sobre o fenômeno saúde e suas bases teóricas, buscou-se um resgate das concepções de saúde originadas das grandes vertentes do pensamento humano,

ligadas à compreensão do evento saúde, representadas pelo positivismo, a fenomenologia, o materialismo histórico e o emergente referencial holístico ecológico, cuja perspectiva acolhedora e dialógica propõe uma nova racionalidade científica baseada na razão e sensibilidade, sendo também o ponto de partida das reflexões teóricas e do trabalho de campo.

As três primeiras tendências de pensamento influenciaram a formação dos conceitos de saúde desde o ponto de vista individual até o coletivo, privilegiando aspectos que passam pela leitura dos atores sociais sobre o fenômeno estudado (fenomenologia), a objetividade e neutralidade dos fatos relacionados a esse fenômeno (positivismo) e o contexto histórico enquanto cenário de um embate dialógico entre sujeito saudável-doente e seu meio social (materialismo histórico).

A produção intelectual de cada época, também produto das necessidades sociais vigentes, tem influenciado sobremaneira a construção individual e coletiva do conceito de saúde tanto pela natureza do tema como por suas implicações nas esferas individual, político-governamental e eco-ambiental.

Para Minayo (2000),

Essas três correntes de pensamento continuam presentes atuando e em luta entre si e nas análises referentes à relação saúde/sociedade e são parte da luta ideológica da sociedade atual, onde as visões sociais de mundo estão comprometidas com posturas concretas na prática teórica e política (p.38).

O confronto de saberes que se pretende neste estudo se inscreve, de certa forma, no velho e conhecido confronto entre senso comum e ciência, entre o saber de quem faz e o de quem manda fazer e paga pela força de trabalho.

Busca-se o desvelar que a pesquisa pode propiciar e proceder a interpretações da realidade, visto que a adoção de um marco conceitual para uma determinada área de estudos já reflete pressupostos norteadores, que por sua vez refletir-se-ão nas concepções criadas para explicar os fenômenos que fazem parte deste campo de conhecimento, originando práticas coerentes com tal opção.

Os conceitos de saúde têm como matéria-prima as condições em que são produzidos e as particularidades imprimidas a essas condições pelos atores sociais.

Dessa forma, o conceito representa e reflete as partes envolvidas na sua construção, as interações entre essas partes, a hierarquia de valores implícita e a função a que ele se propõe em determinado contexto de aplicação.

No caso dos conceitos de saúde, essas funções e premissas nem sempre serão explícitas. O enunciado de um conceito nem sempre reflete de forma linear e óbvia o seu verdadeiro significado. A contextualização histórica, o confronto com as várias instâncias a que se destina e o aprofundamento do seu enunciado é que permitirão o seu desvendamento.

Para Minayo (2000), ainda há muito a ser conhecido no que se refere às representações de saúde-doença, pois essas representações não informam claramente as desigualdades sociais, pela sua carga ideológica embutida, e acabam escamoteando a visão do real.

Contribuem com essa contextualização estudos realizados por Nunes (1999), Garcia (1983) e Donnangelo (1983), que apontam a influência das principais correntes de pensamento e seus desdobramentos nas abordagens do tema saúde nas décadas de 50, 60 e 70 e seu entrelaçamento com os aspectos socioculturais que caracterizaram cada um desses períodos.

O funcionalismo, considerado como uma vertente do positivismo sociológico, tem sido a corrente do positivismo mais expressa na área da saúde (MINAYO, 2000).

Os partidários do funcionalismo questionam as leis gerais que regem a sociedade como um todo, tal como preconiza o paradigma positivista, e procuram ir além da redução dos fenômenos sociais à descrição de eventos e fatos observáveis. Funcionalistas procuram compreender a estrutura social a partir de alguns princípios básicos, que são:

- a) a aceitação da sociedade como um organismo vivo, composta por elementos interdependentes, contribuindo para um equilíbrio dinâmico e, portanto, passível de ajustes e desajustes;
- b) cada sociedade tem seus mecanismos de controle que incorporam os desvios e disfunções de um sistema regulador que os absorvem e incorporam promovendo a atualização desse sistema;

- c) há um processo de integração promovido pelo consenso entre crenças, valores e normas compartilhadas numa contínua interação e reforço mútuo;
- d) há no sistema social uma tendência à conservação e à reprodução, por isso as tensões e inovações tendem a revitalizar o sistema, sem, no entanto, transformá-lo em profundidade, preservando-se assim o “status quo” (MINAYO, 2000, p. 47).

Parsons (1982), representante da teoria funcionalista, teve grande importância na discussão em saúde, pelos seus relevantes escritos sobre as relações médico/paciente e sobre o papel da medicina na sociedade. Esse autor tem como referência fundamental o sistema social e sua pluralidade de agentes individuais e, ainda, a rede de interações entre esses agentes. Os focos principais da sua abordagem são o modelo estrutural, colocando a doença como a incapacidade para exercer papéis sociais, e o modelo do desvio motivacional.

O modelo estrutural coloca a relação médico-paciente como um sub-sistema social de um sistema maior, influenciando e sendo influenciado por ele, de uma forma não dialógica, pois o médico detém o saber e o poder.

No modelo do desvio motivacional a doença aparece como uma negação ao papel de conformidade social. Resulta de motivações intrínsecas do sujeito que se refletem em uma inadequação aos papéis que lhe cabem no sistema social. O sujeito doente é um ser desviado, que para ser reincorporado, deve submeter-se às leis e normas sociais estabelecidas para o seu bem e o bem comum.

A posição do funcionalismo é a de que cada sociedade deve prover necessidades físicas, de socialização, de recursos materiais e de condições normativas que devem ser respeitadas para o seu bom funcionamento.

Nessa vertente, o conceito de saúde pode ser apreendido a partir da sua definição de doença como sendo uma perturbação orgânica, ou desvio do funcionamento normal do indivíduo, partindo de uma concepção de homem dotado de um sistema biológico a ser ajustado ao meio social. A doença nesse caso, encontra-se determinada pelo grau de ajuste dos determinantes biológicos e pessoais ao meio social.

Pode-se depreender daí que, sendo a saúde o oposto da doença, perspectiva aceita por esse modelo, dada a sua filiação com o conceito biomédico, a saúde também estaria subordinada às dimensões biológicas e sociais, estas, porém, estabelecidas a partir do conhecimento ditado pelos saberes hegemônicos numa perspectiva mais de controle que de cuidado, a partir do estabelecimento de parâmetros para o ser saudável à revelia deste próprio ser.

Essa concepção defendida por Parsons, apesar de não reproduzir fielmente o modelo puramente biomédico de saúde/doença, (saúde ou doença), pressupõe que a saúde pode ser concebida a partir de parâmetros que atendam ao funcionamento biológico e social, desde que enquadrados em normas concebidas pelos parâmetros dos gestores sociais da saúde. Nela o médico tem papel primordial como detentor dos cuidados e da sua organização institucional, através da formação e competência que adquire.

Parsons defende, também, a busca da especialização pelo médico para que este se ocupe de problemas específicos, objetivos e cientificamente justificáveis, o que lhe garante superioridade em relação a seus semelhantes na esfera técnica.

Parsons ainda explicita uma definição de papéis sociais que se sobrepõem aos sujeitos. Para o autor:

o papel social é aquele setor organizado da orientação de um ator que constitui e define sua participação num processo interativo. Os papéis são institucionalizados e atendem a um grupo de expectativas congruentes com padrões culturais e valores compartilhados pela coletividade na qual eles funcionam (in NUNES, 1999, p.101).

As críticas a Parsons referem-se à assimetria de sua abordagem, conferindo ao médico o status de detentor do conhecimento e colocando o paciente numa posição de submissão, o que é coerente com o caráter a-histórico de sua abordagem, que ignora as especificidades de cada sociedade no trato das questões de saúde. O papel hegemônico conferido às normas de conduta e a ideologia da profissão médica são componentes fundamentais na concepção parsoniana, chegando a determinar as formas de construção das relações sociais e seus mecanismos de controle.

O modelo funcionalista de Parsons reflete o contexto em que foi gerado e influenciou sobremaneira as ações de saúde na época de sua concepção, com seu auge na década de 50 e início dos anos 60.

O legado da abordagem funcionalista manifesta-se nos enfoques dados ao tema saúde através de uma pequena valorização conceitual do processo saúde-doença e seus determinantes; valorização excessiva do tratamento estatístico pelo enfoque epidemiológico e centralização das decisões na figura do médico, favorecendo uma visão particular e unilateral de um fenômeno complexo e multifacetado (MINAYO, 2000).

Em meados dos anos 60, o modelo funcionalista começou a ser questionado a partir de posições assumidas por seguidores das abordagens fenomenológica e marxista, com críticas às relações de produção e ao modelo de dominação resultante do crescimento ocorrido nos países capitalistas após a Segunda Guerra Mundial. A constatação do aumento das desigualdades sociais e deterioração das condições de saúde mostravam que a socialização dos benefícios não havia conseguido atingir esse setor. Nesse contexto, os valores da concepção positivista tiveram sua ética de investigação e seus postulados questionados e criticados, em especial por representantes dessas duas linhas de pensamento.

A fenomenologia é tida, dentro do campo das ciências sociais, como a Sociologia da Vida Cotidiana, incorporando a influência de Max Weber e valorizando o significado da ação social. Esse é um conceito central, pois considera que os atores sociais atribuem significados a seus ambientes sociais e suas ações de múltiplas formas. A apreensão desses significados acontece através do contato com as interações sociais que revelam as práticas, a linguagem e os acontecimentos de uma dada realidade.

Assim, a fenomenologia caracteriza os atores sociais como detentores de uma propriedade peculiar ausente nos outros setores abarcados pelas ciências naturais: o significado.

A fenomenologia, portanto, no seu olhar para o campo da saúde, articulou severas críticas ao conceito de saúde baseado no modelo biomédico e sua influência nas práticas, na ética e na organização do sistema público de saúde, pois nelas não se

encontrava o lugar destinado ao indivíduo. Os fenomenólogos consideram que a formação de conceitos e, por sua vez, as práticas que deles se originam têm sua única origem na subjetividade, “pois é o homem que imprime leis ao real, e o ato do conhecimento reúne o observador e o observado, ambos possuidores de significados atribuídos pelo próprio homem” (MINAYO, 2000, p. 59).

Garcia (1983), situa o pensamento fenomenológico e a sua importância no debate político sobre as relações da medicina com a sociedade. Segundo este autor, a fenomenologia, mesmo sem querer comprometer-se com o sentido histórico dos fatos sociais, compartilhou com o marxismo, na década de 60 e particularmente na de 70, críticas à ótica do sistema produtivo em detrimento do sujeito, considerado histórico no marxismo e individual na fenomenologia. Essa posição, que no início representou um elemento de convergência, revelou-se depois um divisor de águas entre as duas abordagens.

Um importante defensor do sujeito social, para ele considerado uma vítima do sistema de saúde, foi Ivan Illich. Esse autor criticou o crescimento em dimensões assustadoras dos aparatos institucionais de saúde, não acompanhados pelo mesmo grau de eficiência nas ações a que se propunham, e a disparidade entre o desenvolvimento tecnológico da medicina e as condições de saúde da população.

Para Illich (1975), o campo da saúde representa um palco de contradições sociais e cenário de lutas, refletindo as desigualdades e os esquemas coercitivos que se encontram organizados para estabelecer o controle sobre o corpo, o comportamento social e até os ciclos biológicos das pessoas (programas de esterilização em massa e imposição de métodos preventivos e sanitários dissociados da realidade das pessoas).

Essa posição é compartilhada por Arouca (1975) e Loyola (1984), acrescida das críticas ao privilégio corporativo que favorece os médicos e à filiação a interesses econômicos da minoria dominante, ao invés de responder às necessidades da população.

A discussão ética em saúde iniciou-se nessa época, o que gerou desdobramentos traduzidos por criação de comissões de ética, reivindicando o direito das pessoas a participarem da reflexão e elaboração dos atos pertinentes à saúde,

desde os experimentos de laboratório até o acesso a informação sobre diagnósticos e tratamentos, buscando-se, assim, restabelecer as bases da concepção de saúde e doença a partir de um referencial que inclui uma concepção holística.

Para os autores citados, a discussão ética advoga:

- a) a saúde como um bem-estar físico, mental, espiritual e social;
- b) maior autonomia às pessoas na responsabilidade com a própria saúde, devendo buscar na natureza uma forma alternativa de recursos para a cura;
- c) as ações em saúde devem contemplar as causas ambientais e sociais da doença.

Garcia (1983) critica o modelo funcionalista mas chama a atenção para a distorção do pensamento fenomenológico, denotando uma posição ingênua dos seus partidários, o que acabou permitindo uma apropriação das premissas fenomenológicas por parte do Estado. Essa apropriação interessada abriu espaço para uma maior participação dos indivíduos nas ações de saúde, através do incremento de grupos privados e voluntários, incentivo ao autocuidado e modalidades alternativas de tratamento e prevenção, dividindo dessa forma responsabilidades que não correspondiam necessariamente à capacidade de assumi-las de forma paritária. Ainda para o autor, o investimento econômico e social, e conseqüentemente a assistência em saúde, passaram a ser determinados pelo investimento privado gerador de riqueza e pela ajuda voluntária, contribuinte do bem estar social.

Este autor destaca, ainda, os desdobramentos práticos originados desse contexto:

No terreno da prática médica, surgem programas alternativos de autocuidado de saúde, atenção primária por pessoal não profissional, revitalização da medicina tradicional, etc. A maioria dessas experiências e os princípios sobre os quais se sustentam foram apropriados pelo Estado na maioria dos países da América Latina na década de 70, ao mesmo tempo em que se reduziam, de forma relativa os orçamentos estatais para a área social (GARCIA, 1983, p.135).

Garcia (1983) introduziu uma perspectiva histórico-estrutural no campo de estudos da saúde a partir de um questionamento do papel da estrutura social na

formação dos conceitos de saúde e suas práticas, dando especial destaque à análise da relação médico-paciente pela possibilidade que esta mesma relação possibilita de refletir, através dos papéis desempenhados, a estrutura social e as relações e lutas ali travadas.

Para Minayo (2000), o pensamento fenomenológico é de fundamental importância no campo da saúde, devendo apenas ser recuperado dialeticamente, através de articulações com as bases oriundas dos sistemas e relações econômicas, políticas e sociais, para evitar uma visão unilateral e apropriação parcial de suas premissas. O marxismo em saúde representa uma alternativa mais abrangente de resgate do sujeito enquanto ser individual e social.

Alinhadas com esse pensamento no campo da saúde, duas vertentes se destacam como formas de conceber os fenômenos estudados, o materialismo histórico e o materialismo dialético, o primeiro configurando-se como o caminho teórico e o segundo um método de abordagem (MINAYO, 2000). Outras denominações são utilizadas para se referir a essa linha de pensamento como dialética marxista e filosofia da práxis, esta última denominada por Gramsci como aquela que introduz uma linha de pensamento que alia a análise das estruturas à dinâmica das relações sociais.

Gramsci (1991) considera o campo ideológico palco e substrato das discussões, ressaltando o seu caráter bipolar enquanto forma de dominação, mas também de conhecimento e transformação.

O materialismo histórico na América Latina teve em Garcia (1989) um grande representante ligado aos estudos em saúde. Seu trabalho foi marcado por um movimento questionador e transformador surgido nos países latino-americanos enfrentando o enfoque funcionalista predominante na época. No início dos anos 70 chamou atenção para a existência de uma crise no campo das ciências sociais aplicadas aos problemas médicos, resultado das limitações explicativas, desvios ideológicos e fragmentação da realidade, herdadas do modelo funcionalista.

Como alternativa para superar essas limitações explicativas, esse autor propõe a localização da medicina na estrutura social, o estudo da influência da estrutura social na produção e distribuição da doença, e a pesquisa numa ótica compreensiva que

ultrapasse o modelo epidemiológico, através da articulação da doença com o todo social, com a análise da estrutura interna dos serviços médicos e a formação de pessoal da área de assistência em saúde.

A crítica aí incluída se refere também à tentativa do funcionalismo de caracterizar o campo da saúde buscando apenas seus aspectos mais gerais e tentando criar leis e princípios de regularidade, que possam contribuir para o seu manejo e controle, negando sua historicidade.

Para Garcia (1989), o enfoque da saúde numa perspectiva histórico-estrutural está ligado à transformação histórica do processo de produção econômica. As concepções e práticas daí decorrentes dependem das relações estabelecidas entre as diferentes instâncias que compõem a sociedade.

Uma revisão dos estudos em saúde realizados nas décadas de 70 e 80 revela a importância conferida à questão metodológica nas abordagens do fenômeno da saúde, abrindo espaço para o enfoque qualitativo, como instrumento capaz de compreender problemáticas antes excluídas do debate público, tais como qualidade de vida e políticas de saúde.

Nessa fase houve uma ampliação do movimento sanitário, incorporando as questões da cidadania e a reivindicação de um sistema único de saúde a cargo do Estado. A Constituição de 1988 reflete uma conquista quando atende ao clamor da sociedade, incluindo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Nesse contexto pós-regime autoritarista, segundo Burlandy (1993, p. 192), “a relação entre prática política e produção científica foi favorecida pela possibilidade de confronto entre matrizes de pensamentos distintos no interior desta produção”.

Considerando que a produção de conhecimentos em saúde influencia e precede as concepções das práticas na área, a construção e a disseminação de conceitos, através das várias instâncias sociais, funcionam como um substrato ou ponto de apoio para a elaboração de estratégias de promoção da saúde que trarão a marca das concepções subjacentes às mesmas, embora essa relação não seja explícita ou consciente para os atores ou sujeitos sociais envolvidos.

Uma pesquisa etimológica da palavra “concepção” nos remeterá a uma dimensão ontológica que se refere ao “que é concebido, ato gerador, fecundação, enquanto o conceito é definido como aquilo que o espírito concebe” (MORA, 2000).

Essas definições, que irão variar na forma ou expressão, de acordo com os vários autores, trazem em si a marca de uma elaboração ou construção que envolve a apropriação de uma experiência que se constitui em uma forma de conhecimento intelectual ou não. O processamento dessa experiência, através do confronto com os referenciais internos de cada um, e a transformação dessa matéria-prima inicial em uma concepção ou conceito refletir-se-ão em comportamentos, atitudes e posturas que, tomadas como objeto de pesquisa de forma adequada, poderão revelar a matriz que lhes deu origem.

Incorporando contribuições no sentido de um resgate do ser humano e suas possibilidades de viver saudável, fazendo da experiência de vida, um processo de aprendizagem, no qual o prazer e a felicidade não precisam estar dissociados do trabalho, delinea-se desde 1980 o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (PATRÍCIO, 1996), cujos princípios norteiam este estudo, sendo ao mesmo tempo um olhar, uma escuta e uma abordagem dos seres humanos e da vida, numa perspectiva na qual razão e sensibilidade não são opostos, mas complementares.

Essa abordagem compreensiva é compartilhada por autores como Resserquier, (1988, p. 3), que, numa modalidade holística de abordar o ser humano adoecido, nos diz que “as abordagens mecanicista e energética são apenas duas facetas de um todo indivisível que se chama VIDA. Afastar-se do fenômeno vital e do seu modo de manifestação equivale a perseguir uma quimera”.

Nos mais variados modelos de produção, indo dos aspectos tecnológicos ao gerenciamento de questões no âmbito da saúde, qualidade de vida e outros desdobramentos do processo de trabalho, encontram-se dualidades como a questão do senso comum e da ciência, razão e sensibilidade, corpo e mente, e tantas outras que, no seu antagonismo aparente, acabam por chamar a nossa atenção para a indissociabilidade desses conceitos, que não existiriam sem o oposto que lhes dá significação.

Um importante congresso sobre interdisciplinaridade reuniu em agosto de 2002, na Califórnia, renomados pesquisadores das mais diversas áreas do conhecimento, como Engenharias, Ciências Biológicas e Ciências Humanas, numa tentativa de construir pontes entre essas áreas e seus respectivos domínios de conhecimento e conceitos norteadores (FOLHA DE SÃO PAULO, 2002). Chegou-se a constatações surpreendentes, sendo a principal delas a descoberta das dimensões dos acordos e pontos em comum existentes entre questões voltadas ao território epistemológico, preocupações genuínas com o trabalho de seus pares e com a possibilidade de construção de uma linguagem intercomunicante.

A grande síntese desse encontro, expressa em um manifesto assinado pelos participantes, apontou um aspecto de grande relevância para múltiplas disciplinas: a existência de um grau excessivo de fixação em objetivos, gerando a estagnação de qualquer trabalho intelectual. O grupo considerou que a capacidade de liberar controles e permitir que o crescente fluxo de pesquisas em curso, “determine” o pesquisador, poderá se revelar o mais poderoso catalisador da atividade intelectual. Essa premissa vê no conceito de emergência (o que emerge) a mão invisível que articula a colaboração entre áreas como Filosofia, Química, Biologia e Teoria Literária.

Segundo os próprios participantes, ficou clara a importância de o pesquisador se permitir ser determinado pelo fluxo das pesquisas em curso, sendo, além de produtor, também produto de uma realidade e de um processo.

Essas descobertas levaram os pesquisadores à perplexidade, ao constatar o que os ouvidos atentos estavam acostumados a ouvir desde fins da década de 80, sobre a necessidade de se buscar uma nova linguagem que pudesse aproximar as diversas áreas da ciência e promover o diálogo entre elas.

Pessis-Pasternak (1993) faz referência ao importante colóquio em 1981 sobre o tema “Disorder and Order”, também na Universidade Stanford, que reuniu importantes representantes da comunidade científica da época, como os Prêmios Nobel Kenneth Arrow e Illia Prigogine, Michel Serres Von Foerster e outros notáveis, anunciando o fenômeno a que se chama hoje de o “Novo Paradigma”. A autora situa esse encontro como um desdobramento de um outro ocorrido no mesmo ano, e que teve como tema a

“auto-organização”, contando com participantes como Edgar Morin, Pierre Rosanvallon, Jean-Pierre Dupuy, Francisco Varela e outros expoentes da comunidade científica.

Essas tentativas de diálogo entre as ciências estão alinhadas com um referencial e um olhar, qualitativo na forma de abordar o que se deseja conhecer, e pressupõem a disposição de ampliar o enfoque na busca do conhecimento, abrindo-se às contribuições que possam emergir do contato com o campo de pesquisa, como situa Patrício (1999), quando diz que,

Quanto mais se tem consciência da complexidade dos eventos, mais se percebe a necessidade de integrar com outras disciplinas, outras áreas de conhecimento, num sentido de cooperação entre saberes e, muitas vezes, entre profissionais. De certa forma essa abordagem nos remete a buscar a compreensão dos fenômenos através do conhecimento do todo, mesmo que este seja, bem particular, bem localizado, mas, tendo em mente suas possibilidades de interconexões na construção desse seu contexto (p.29).

A leitura dos escritos de Patrício (1990, 1993, 1994a, 1994b, 1994c, 1996, 1999), tornou possível o delineamento de algumas características do referencial do cuidado holístico-ecológico, ele mesmo uma síntese de valiosas contribuições e esforços de corajosos cientistas da vida que têm no acolhimento ao novo e na atitude ética e estética os seus traços mais marcantes. Outros preceitos evidenciados nessa abordagem são:

- a) o lugar privilegiado do sujeito, e a importância dada às suas percepções, e à sua dimensão individual e coletiva, valorizando o papel determinante das interações na construção de conceitos e referenciais de vida;
- b) a incorporação da razão e da sensibilidade como importantes atributos humanos e modos de perceber, indissociáveis e necessários;
- c) a parceria entre a ciência e o saber popular;
- d) O homem considerado em sua relação com a natureza, como parte integrante e atuante em um sistema maior, o planeta e o cosmo;
- e) Valoriza o conceito de “emergência” e liberta o pesquisador da responsabilidade total da descoberta e criação, tornando-o um coadjuvante do processo de pesquisar, tendo como companheiros: o ambiente-contexto, os sujeitos-

companheiros de pesquisa e a possibilidade-desejo de transcender, criando um terceiro elemento, produto do encontro.

Saúde, à luz desse referencial;

é um conceito subjetivo desenvolvido pelo sujeito ou grupo, a partir de suas representações. Ter saúde é ter possibilidades de buscar-manter-recompor seu bem viver através de componentes éticos e estéticos, incluindo o modo como o ser humano interage com a natureza e com os seus semelhantes: o **Homem Ecológico**. (PATRÍCIO, 1996; p. 51).

A contribuição do referencial do cuidado holístico-ecológico para a temática deste estudo se traduz pela sua valorização aos aspectos qualitativos do fenômeno pesquisado e pela abrangência do seu conceito de saúde, superando o conceito que reduz a saúde à ausência de doenças, e que a vê como um estado perfeito a ser alcançado, esvaziando-a assim do dinamismo peculiar a todas as manifestações vivas.

Outra importante perspectiva para este estudo é a “atitude metodológica” que deriva desse referencial, fazendo dos métodos e técnicas de pesquisa um instrumento de aprendizado e construção de conhecimentos. O estudo procurou contemplar essa “atitude” através do seu, cujos passos serão descritos no capítulo 3.

Na relação homem-trabalho-saúde, a abordagem holístico-ecológica vê o trabalho “como ação humana que produz bens e serviços, não somente como meio de sobrevivência, mas também de transcendência: realização pessoal individual e coletiva, enquanto sujeito que transforma para si e para os outros seres humanos” (PATRÍCIO, 1999 p. 135).

As origens das atitudes e práticas relacionadas à saúde no trabalho refletem tanto os conceitos subjacentes a essas práticas como também as lutas e contradições inerentes aos sistemas produtivos, constantemente às voltas com a tarefa de preservação da vida e da saúde, a despeito das exigências cada vez maiores da lógica do capital. Uma breve revisão dos aspectos saúde e trabalho e as abordagens vigentes no setor é feita a seguir.

2.2 O TRABALHO E A SAÚDE HUMANA

Alguns Olhares Sobre o Trabalho

O trabalho ocupa um lugar cada vez mais central no âmbito da vida das pessoas, pelo seu caráter dual, configurando-se ora como fonte de prazer e realização, ora como fonte de sofrimento, frustração e adoecimento. Desse modo, os papéis assumidos no mundo do trabalho, pela influência nas condições e estilo de vida das pessoas, derivadas de suas escolhas, conscientes ou não, têm um papel formador e de influência no seu conceito de saúde.

Por isso, a noção de trabalho remete a vários significados. O seu conceito pertence à esfera da reflexão cotidiana e teórica, num jogo de significados que trafegam em uma via de mão dupla, pois os seus sentidos podem ser divergentes ou convergentes, como produto e como expressão da atividade que transforma o ser humano e a realidade. Assim, sendo o trabalho uma forma de atividade desenvolvida pelo ser humano, ele é parte do próprio homem. Na opinião de Bravermann (1997, p. 49) o trabalho “é uma atividade que altera o estado natural dos materiais para melhorar sua utilidade”, ou seja, atuar sobre a natureza a fim de transformá-la para melhor satisfazer suas necessidades. Portanto, o trabalho como atividade tanto humaniza como naturaliza o homem.

Dessa forma, ao transformar os bens materiais, o ser humano se modifica a si mesmo e aos outros. O conceito de trabalho, ao constituir-se pela ação do ser humano trabalhador, contribuiu para a sua identificação e naturalização, mas, ao ser apropriado pela organização produtiva não humanizada, converteu-se também em elemento de separação entre o homem e sua tarefa.

De acordo com Ferreira (1975), a palavra “trabalho”, é definida como “atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessário à realização de qualquer tarefa”, cujo sentido provém do latim *tripalium* (instrumento de tortura) e *tripaliari*, (torturar). Os gregos utilizavam um sentido diferente de trabalho: *ponos* (esforço e penalidade) e *ergon* (criação, obra de arte).

Etimologicamente, portanto, o trabalho traz uma conotação negativa, cujo conteúdo e organização, além de suplantarem a idéia de maldição e punição, compõem-se de um comportamento que pressupõe a sujeição do corpo de forma mecanizada e alienante. Sendo o trabalho fonte de prazer ou de sofrimento, a sua importância e centralidade, na vida humana é hoje consenso por parte dos estudiosos da área. Essa centralidade porém, não tem se revelado um benefício, e a ampliação da sua importância qualitativa e quantitativa tem se acompanhado nas últimas três décadas de um alarmante quadro de doenças relacionadas às ocupações (RIBEIRO e LACAZ 1994; O'NEILL, 2000; MENDES e DIAS, 1991; ILICH, 1975).

Para Codo, Sampaio e Hitomi (1995, p. 53), “a relação conflituosa entre um indivíduo dotado de uma história pessoal e a organização do trabalho, com sua estrutura opressora, pode fazer emergir uma vivência e um sofrimento que se constituem fatores determinantes na saúde de todo o contexto organizacional”.

Em suas análises do capitalismo, Marx (1993) coloca a importância dos modos e relações de produção na gênese dos conflitos existentes no trabalho, lembrando que o trabalhador não produz para satisfazer seus interesses, pois está sob o controle do capitalista, aquele que detém os meios de produção. A força de trabalho tal qual todos os outros insumos utilizados no processo produtivo, pertence ao capitalista que a comprou. Essa visão é compartilhada por Seligman-Silva (1994), quando destaca os modos de controle desenvolvidos pelas organizações para conferir à força de trabalho o seu máximo desempenho com o mínimo desperdício, perpetuando a hegemonia do capital sobre a força de trabalho.

Pereira (1998) fala de uma produção “capitalística” que se alicerça numa dicotomização das noções de trabalho e trabalhador, “fragmentando-os em uma intelectualidade e uma disposição braçal para os serviços, criando-se uma separação imaginária entre “os que pensam” e “os que fazem”. “Os que fazem” buscam meios de imprimir sua marca pessoal “no que fazem”, mesmo que o produto final seja, na forma, o esperado pelos “que sabem”.

Os trabalhadores, no seu cotidiano, constroem comportamentos e modos de operar nas mais variadas situações, estabelecendo uma “microcultura” com seus

jargões e códigos de comunicação, constituindo formas de resistência aos comportamentos prescritos e exigências do sistema vigente. Nesse cotidiano laboral, eles estabelecem um território que busca delimitar não apenas o espaço físico do seu posto de trabalho, mas também, e principalmente, o espaço do *ergon* construído coletivamente, tornando o seu fazer significativo.

De Masi (2001) não vê essa contradição ou antagonismo no trabalho. Para ele, o trabalho é uma pena a ser eliminada, através da eliminação da fadiga, inerente a toda atividade vinculada à necessidade de sobrevivência, e considera que a evolução desejável no mundo do trabalho levará à libertação da fadiga e da sujeição ao capital. Esse autor parece ver no próprio trabalho uma questão insolúvel, em que só a sua eliminação ocasionaria a abolição da escravidão e submissão, libertando o homem para o ócio criativo. Tal pensamento defende uma mudança que se opere a partir da simultaneidade entre trabalho, conhecimento e lazer, através da qual os indivíduos possam se voltar para a satisfação de outras necessidades mais significativas como a introspecção, a amizade, o amor, a ludicidade e a convivência.

Foucault (1991), não abordando especificamente o trabalho, mas as relações de poder que o permeiam, não coloca as relações de poder econômico apenas como produtoras de submissão ou cerceamento da liberdade. Para esse autor, o poder produz saber, mas a atualização e o confronto desse saber com outros saberes menos hegemônicos no cotidiano podem representar um certo grau de vulnerabilidade ou de desnudamento, levando a uma fragilização e possibilidade de mudança. Assim, as relações de trabalho podem mudar, desde que mudem as relações de poder e a base conceitual que lhes dá suporte.

Parece haver, porém, um denominador comum, mesmo nas visões mais antagônicas por parte de quem se ocupa da questão trabalho: a sua centralidade na vida humana. O trabalho gera e alimenta relações sociais em diferentes épocas, através dos modos de construção de saberes, conceitos sobre a saúde e a doença e formas de intervir nesse processo, dentro de um contexto histórico e social. Assim, as práticas que visam a promover a saúde são construídas a partir de uma base que tem nos conceitos a sua matéria-prima. A aproximação, o encontro e o conhecimento

desses conceitos subjacentes às práticas podem se constituir em um rico material para sua compreensão, apropriação e até mesmo superação ou revitalização de princípios e práticas que se revelem ultrapassados em uma dada realidade.

A evolução do trabalho, mesmo com todas as suas contradições, é indissociável da evolução do ser humano e da humanidade. É perpassada, também, pela constante busca do atendimento às necessidades de sobrevivência, auto-realização e melhoria das condições de vida dos povos em geral, embora nem sempre o conceito de “trabalho-ergon” prevaleça sobre o de “trabalho-ponos”⁷, como nos mostra uma breve revisão histórica dos avanços tecnológicos do trabalho.

A Evolução Tecnológica do Trabalho

O marco inicial para as mudanças nas condições de trabalho foi a invenção da máquina de fiar criada em 1767 por James Haergrave, um carpinteiro e tecelão. Esse invento se propagou para todo o mundo (BISSO, 1995) ocasionando mudanças que incluíram o ambiente de trabalho, os instrumentos, a jornada e a forma de organização do trabalho e da própria economia. O autor registra a importância do invento em razão de que uma máquina de fiar, por ser muito mais rápida que a maioria dos artesãos e de alto custo, necessitava de grande investimento financeiro, o que motivou o surgimento da figura do capitalista, que viu a oportunidade de ganhar dinheiro com a compra da máquina e a contratação do trabalhador. Dava-se início, segundo ele, à relação Capital-Trabalho.

Em face desse contexto, as primeiras máquinas foram instaladas sem nenhum planejamento em ambientes de precárias condições de iluminação, ventilação, temperatura e higiene, contribuindo para agravos e riscos à saúde do trabalhador.

As jornadas prolongadas de 14, 16 e até 18 horas diárias eram consideradas aceitáveis, diante da febre de desenvolvimento que se apoderou da sociedade, bem como das promessas de melhoria de vida para os operários.

⁷ Atividade caracterizada pelo esforço, penalidade e sofrimento. A sua oposição a “ergon” é objeto central dos estudos em Ergonomia nos dias atuais.

Bragança (2002) faz referência, nessa fase, a um recrutamento indiscriminado para as frentes de trabalho carentes de-mão-de-obra, independentemente de sexo, idade ou outros critérios. Como consequência, o trabalho infantil assumiu proporções preocupantes, pois não havia formação nem treinamento para as tarefas. Todos aprendiam na lida, sendo vitimados por acidentes e doenças ocupacionais (BRAGANÇA, 2002).

Em 1769, a invenção da máquina a vapor por James Watt fez a Inglaterra ocupar um importante papel na difusão da Primeira Revolução Industrial, com desdobramentos conhecidos até hoje, principalmente nos países em desenvolvimento, que, pela dependência econômica de nações mais desenvolvidas, convivem com quadros paradoxais de regime de trabalho quase escravista e altas tecnologias utilizadas em empresas multinacionais.

A partir da Revolução Industrial não coube mais ao artesão o controle sobre o seu trabalho, sendo o tempo e o ritmo determinados pelo capitalista e suas estimativas de produção e lucro.

Os acidentes e o adoecimento das pessoas, pelas condições de trabalho, mostraram a necessidade de investimentos nas áreas de segurança e higiene ocupacional, para minimizar riscos e preservar a força de trabalho, o que estabeleceu as bases para o nascimento de uma política de proteção à saúde do trabalhador e suas repercussões no lucro e na produção, inaugurando o conflito até hoje existente entre a força de trabalho e o capital.

Com o estabelecimento das bases de produção do sistema capitalista, distinguem-se novos atores no cenário do trabalho: os sujeitos coletivos (operários) e os donos dos meios de produção.

A evolução das relações e do contexto de trabalho e a ampliação das demandas geradas pelo sistema de produção vigente mostraram a necessidade de estudos para o desenvolvimento e sistematização do processo de trabalho, favorecendo o surgimento

do taylorismo⁸. As características desse sistema são descritas por Guerab e Rossi (1998 p. 16):

- a) separação entre as tarefas de concepção e execução que requerem procedimentos mecânicos, dispensando o raciocínio dos trabalhadores;
- b) subdivisão de tarefas;
- c) redução das especialidades dos trabalhadores a tarefas extremamente simples, sem considerar o conhecimento técnico adquirido por eles.
- d) controle de tempo de execução de cada movimento;
- e) monopolização, pelo capital, do conhecimento do processo produtivo, ficando intelectual do trabalho por conta dos setores de planejamento, que atendem exclusivamente às reivindicações patronais.

Os princípios de Taylor representaram o início da incorporação da ciência ao processo de trabalho. O fascismo italiano, o socialismo na antiga União Soviética e a ditadura militar no Brasil apresentaram traços de valorização da produção oriundos deste modelo. Como exemplo temos o *dopolavoro* (trabalho além do horário obrigatório) na Itália, o operário modelo em 1935 na antiga URSS, e o “operário padrão” no Brasil, 35 anos depois (GUERAB e ROSSI, 1998, p. 16).

Outra importante condicionante nos modos de produção foi introduzida por Henry Ford, por volta de 1910, na linha de montagem de sua fábrica de automóveis nos Estados Unidos. Esse momento é caracterizado por alguns como a Segunda Revolução Industrial. As medidas introduzidas por Ford representaram um aperfeiçoamento do modelo taylorista, pela introdução de esteiras móveis em toda a fábrica, iniciando o sistema de linha de montagem e um modo de gestão que levava em consideração até aspectos da vida pessoal dos trabalhadores⁹.

⁸ Frederick Taylor, no final do século XIX buscou o aumento da produtividade com o intuito de estabelecer um processo científico de produção, lançando as bases da produção científica no trabalho.

⁹ Bragança (2002), ao abordar o americanismo e o fordismo, ressaltou neste último uma preocupação com o vazio intelectual que o taylorismo provocou nos trabalhadores, obrigados, repetidamente, a submeterem-se ao ritmo das máquinas, impossibilitados de questionar e de pensar. Junto, porém, com a moralidade e a ideologia da nova tecnologia, Ford introduziu elementos para o aumento da produtividade, os quais, foram um marco na história da indústria.

Ford preocupou-se, ainda, com o planejamento constante dos movimentos dos trabalhadores e com a produção de inovações sistemáticas nas máquinas e ferramentas para acelerar cada vez mais o ritmo de trabalho e a produção.

O fordismo favoreceu várias outras teorias, visando ao avanço tecnológico para o ganho de produtividade e diminuição da presença física do trabalhador nos postos de trabalho. A computação e a microeletrônica alavancaram um desenvolvimento surpreendente das máquinas, com princípios da cibernética e da robótica que visam a aumentar os graus de liberdade dos sistemas mecânicos através da mecatrônica.

Toda essa automação resultou na chamada Terceira Revolução Industrial, para muitos representada pelo toyotismo e sua ótica da acumulação flexível, adequando a produção à lógica do mercado.

A chamada Terceira Revolução Industrial trouxe uma tendência à desconcentração e na busca de novos padrões de gestão da força de trabalho, com os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), a gestão participativa e a busca da qualidade total disseminada do Japão para o Terceiro Mundo Industrializado (ANTUNES, 1998).

Para esse autor, o toyotismo substituiu o fordismo em várias partes do capitalismo globalizado, introduzindo formas transitórias de produção e desdobramentos agudos no território dos direitos do trabalho. Neste sentido, os direitos são

esses são desregulamentados, e flexibilizados para dotar o capital do instrumental necessário para adequar-se a essa nova fase. Direitos e conquistas históricas dos trabalhadores são substituídos e eliminados do mundo da produção. Diminui-se ou mescla-se, dependendo da intensidade, o despotismo taylorista pela participação dentro da ordem e do universo da empresa, pelo envolvimento manipulatório, próprio da sociabilidade moldada contemporaneamente pelo sistema produtor de mercadorias (ANTUNES, 1998, p. 16).

O toyotismo também lançou mão de estratégias de flexibilização em vários níveis, estruturando-se a partir de um número mínimo de trabalhadores, utilizando-se de horas extras, trabalho temporário e subcontratação de acordo com as condições do mercado (ANTUNES, 1998).

Os desdobramentos do toyotismo na saúde do trabalhador se fizeram sentir pelo aumento de horas trabalhadas e pela sazonalidade do trabalho, com picos de produção quando o mercado demandava e o remanejamento de tarefas nas fases de menor intensidade produtiva. Como o trabalhador operava simultaneamente várias máquinas, tornava-se possível diversificar a tarefa, diminuindo a repetitividade e monotonia do fordismo.

Os agravos à saúde dos trabalhadores advindos desses modelos tecnológicos tiveram como resposta o aparecimento da figura do “médico de fábrica”, representante da empresa e dos conceitos da medicina do trabalho calcados no conceito biomédico de saúde e no enfoque epidemiológico¹⁰. A esse respeito, Capra (1989, p. 95), nos diz que

A relação entre medicina e saúde é difícil de ser avaliada porque a maioria das estatísticas sobre saúde, usa o limitado conceito biomédico de saúde, definindo-a como ausência de doença. Uma avaliação significativa envolveria a saúde do indivíduo e a saúde da sociedade, teria que incluir doenças mentais e patologias sociais. Tal concepção abrangente mostraria que, embora a medicina tenha contribuído para a eliminação de certas doenças, isso não restabeleceu necessariamente a saúde.

A característica flexibilizante do toyotismo representou, também, uma ameaça aos postos de trabalho, pois tornou possível trabalhar com um menor contingente de trabalhadores polivalentes, que não se especializavam ou aprofundavam o conhecimento de nenhuma tarefa. Isso diminuiu o componente de significação da atividade laboral enquanto obra *ergon*.

No Brasil, o aumento do número de horas trabalhadas nos anos 80 coincide com o aumento da incidência da Lesão por Esforço Repetitivo (LER) que, mesmo sendo reconhecida como doença dos digitadores, também tinha altos registros no ambiente das fábricas, com o agravante de que esses trabalhadores, na época, tiveram a sua organização sindical reprimida pelo toyotismo.

¹⁰ Este enfoque objetiva diagnosticar a partir de um ponto de vista estatístico as causas das doenças a partir de levantamentos e mapeamentos dos sujeitos doentes, agentes etiológicos e sua distribuição territorial. É amplamente utilizado pela Medicina do Trabalho e Higiene Ocupacional.

Junto com a modernização das formas de produção iniciou-se, curiosamente um processo acelerado de adoecimento pelo trabalho, caracterizado não apenas pelo desgaste físico, mas principalmente pelo fenômeno de estranhamento pela alienação do trabalhador em relação ao seu próprio trabalho, incerteza do emprego e necessidade de se adaptar constantemente à velocidade das máquinas. Um delineamento desse quadro é objeto do próximo tópico deste estudo.

As Doenças Relacionadas ao Trabalho

A natureza impõe ao gênero humano a necessidade de prover a vida diária através do trabalho. Dessa necessidade, surgiram todas as artes como as mecânicas e as liberais, que não são desprovidas de perigos, como, aliás, todas as coisas humanas. É forçoso confessar que ocasionam não poucos danos aos artesãos, certos ofícios que eles desempenham. Onde esperavam obter recursos para sua própria manutenção e da família, encontram graves doenças e passam a amaldiçoar a arte à qual se haviam dedicado” (Ramazzini, 1985 [1700]).

As preocupações com a saúde do trabalhador não são recentes. Jorge Bauer, em 1556, abordou com destaque a asma dos mineiros, causada pelo pó das minas de ouro e prata, que hoje é conhecida como pneumoconiose. Paracelso, em 1567, descreveu a relação entre trabalho e doença, relatando casos de intoxicação por mercúrio, e Bernardo Ramazzini, médico italiano, considerado o primeiro médico do trabalho, no livro *De Morbis Artificum Diatriba*, descreveu com precisão uma série de doenças, relacionando-as ao exercício de determinadas profissões.

Apenas na era industrial, porém, pela deterioração acelerada das condições de saúde e de vida dos trabalhadores, é que esses estudos tiveram uma maior atenção (BRAGANÇA, 2002).

No século XIX, quando a fábrica passou a ser *locus* das relações produtivas, a Medicina, além dos cuidados com a saúde da população, começou também a intervir no ambiente de trabalho na atenção à saúde dos trabalhadores, para que o

adoecimento não acarretasse fraturas aos interesses do capital, e assumiu as responsabilidades de manutenção e controle da força de trabalho (BRAGANÇA, 2002).

A responsabilidade pela ocorrência de problemas de saúde ficou dessa forma transferida para o médico, o que historicamente se verifica ainda nos dias atuais, não só no âmbito do trabalho como em todos os outros setores da organização social.

Nessa conformação, os conceitos norteadores das ações que traduzem os cuidados com a saúde no âmbito do trabalho já nasceram sob a égide do modelo biomédico de saúde, privilegiando a visão de saúde como a simples ausência de doenças ou sintomas, e favorecendo uma postura de vigilância e controle de agentes etiológicos específicos presentes nas condições de trabalho, compatível com um modelo intervencionista fragmentador e especializante.

Os problemas cotidianos que afetam a saúde dos trabalhadores, no entanto, são transferidos para o campo do trabalho sem que eles tenham plena consciência deste fato. Situações como falta de moradia, postos e processos de trabalho obsoletos e/ou inadequados, riscos e cargas de trabalho, falta de recursos humanos, dilemas como trabalho prescrito X trabalho real, dupla jornada, dificuldades para conseguir e/ou manter o emprego, baixos salários, dificuldades no relacionamento interpessoal (nas diversas esferas sociais), má qualidade da alimentação, dificuldades no acesso à rede pública de saúde, problemas com a educação dos filhos e a manutenção da família, entre outras causas, fazem com que o trabalhador questione o valor do seu trabalho, o preço da sua saúde e, sobretudo, o sentido da sua vida.

Dentro de um quadro mais contemporâneo dos agravos à saúde dos trabalhadores, podemos citar a Síndrome de Burnout, ou Síndrome de Queimar-se no Trabalho, que surgiu na década de 70 nos Estados Unidos, como tentativa de dar explicação ao processo de deterioramento nos cuidados e atenção à saúde dos trabalhadores de organizações prestadoras de serviços. Ao longo dos anos, essa síndrome tem se estabelecido como uma resposta ao estresse laboral crônico, composta por atitudes e sentimentos negativos.

A Síndrome de Burnout é o resultado do esgotamento, decepção e perda de interesse na atividade de trabalho que surge nos profissionais que trabalham em

contato direto com pessoas. O quadro clínico caracteriza-se por exaustão emocional, despersonalização, avaliação negativa de si mesmo e depressão. No Brasil o Decreto nº 3.048/99 do MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) conferiu à Síndrome de Burnout o *status* de doença do trabalho, em face das proporções que o quadro assumiu nos últimos anos. Essa síndrome caracteriza-se como resposta ao *stress* crônico resultante do confronto entre as expectativas do trabalhador e a organização do trabalho.

Em 1987, pela dimensão dessas queixas físicas e das condições de saúde observadas com maior intensidade nos serviços informatizados, na categoria dos bancários, foi publicada a Portaria nº 4.062 reconhecendo formalmente a LER, especificamente as tenossinovites como doença profissional. Houve, a partir daí, o aumento do número de registros de casos e também a preocupação das empresas com a repercussão dessa doença na produtividade, mais do que propriamente com a saúde do trabalhador.

Posteriormente, em 1997, as LERs tiveram a sua sigla atualizada, recebendo a denominação de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), permanecendo com alta incidência e desdobramentos incapacitantes (COURY, 1998).

Já que a dor, sintoma principal, e toda a sua carga de subjetividade não é passível da quantificação que os protocolos dos peritos do INSS desejam para estabelecer o nexos com o trabalho, a DORT é de difícil diagnóstico e prevenção (COURY, 1998; VERTHEIN, GOMEZ e AFONSO, 2000; O'NEILL, 2001).

De um modo geral, as práticas de saúde nas empresas também sofreram a influência dessa estrutura normativa que privilegiou a visão dos documentos norteadores em detrimento da subjetividade do trabalhador e sua percepção do problema.

O desconhecimento ou a não-consideração da interdependência dos fatores presentes na gênese dos DORT, tais como a organização do trabalho com sua carga psíquica (DEJOURS, 1988), adequação ergonômica do ambiente, conteúdo e significado das tarefas e muitos outros, como preconiza a Ergonomia, pode contribuir com abordagens da situação de trabalho, que levam a intervenções pontuais, como a

ginástica laboral, mudança de mobiliário e ferramentas de trabalho e outras ações na maioria das vezes centradas no indivíduo isolado do contexto da situação de trabalho, numa ótica de cunho mais reparador que transformador.

Para Codo, Sampaio e Hitomi (1995), do choque entre um indivíduo dotado de uma história pessoal e a organização do trabalho com sua injunção despersonalizante, podem advir fatores estressores, determinantes das condições de saúde na organização e nos seus modos de funcionamento. Essa visão chama a atenção para a necessidade de considerar-se as intervenções em saúde no trabalho dentro de uma perspectiva que englobe respostas psicofisiológicas articuladas com o contexto de vida de quem adoece.

Sontag (1984) nos fala do poder da comunicação que reside no fenômeno doença em momentos de grande conflito e opressão no contexto social. Ele teria o papel de mobilizar a sociedade e questionar o *status quo* no que se refere ao saber em saúde.

Para Minayo (2000),

Do ponto de vista da tecnologia médica, essas doenças funcionariam como um desafio à ciência, ao progresso e reafirmam a ideologia desenvolvimentista segundo a qual o poder da medicina investe para vencer. Do ponto de vista sociológico poderiam ser consideradas (a despeito da especificidade dos mitos e de cada uma), doenças sínteses porque criam o consenso do mal proveniente das “anomalias sociais” (p. 183).

As formas de enfrentamento desses problemas, no contexto da promoção da saúde do trabalhador, caracterizam-se pela medicalização do fenômeno saúde (ILLICH, 1975) e têm, entre suas características mais negativas:

- a) a intervenção técnica no organismo, que retira da pessoa as características de humanidade na medida em que é vista como peça de uma engrenagem produtiva e seu corpo um objeto a ser reparado;
- b) a reprodução de práticas hegemônicas, baseadas em normas e procedimentos a revelia do sujeito que adoece, fazendo da sua saúde um patrimônio da empresa.

c) a perpetuação da ignorância, que torna o trabalhador refém de técnicas e procedimentos que dizem respeito ao saber daqueles que estudam o trabalho de um ponto de vista técnico e distanciado do trabalho real.

A orientação, a informação e a participação, ferramentas valiosas contra a ignorância e imobilidade do trabalhador, lhe são negadas para garantir a continuidade de um sistema que abriga contradições difíceis de serem examinadas, pois falta o diálogo, condição primordial para a possibilidade de mudança.

Apesar do progresso inegável, nos aspectos tecnológicos dos sistemas de produção trazidos pelo fordismo e toyotismo, as questões relativas à saúde e segurança no trabalho carecem de investimentos por parte das empresas.

Essa temática guarda em si mesma características ancestrais e ao mesmo tempo atuais, haja vista o crescente debate iniciado na década de 70 e que continua sendo tema de pesquisa de autores contemporâneos das mais variadas áreas.

Em sua análise sobre o estranhamento do trabalho, Antunes (1988), ressalta a questão do estranhamento e da relação da produção com o consumo, afirmando que

Mantém-se a enorme distância entre o produtor e o resultado do seu trabalho, o produto, que se lhe defronta como algo estranho, alheio, como coisa. Esse estranhamento permanece também no próprio processo laborativo, em maior ou menor intensidade. A desidentidade entre o indivíduo que trabalha e a sua dimensão de gênero humano também não foi eliminada. Mais do que isso, as diversas manifestações do estranhamento atingiram, além do espaço de produção, ainda mais intensamente a esfera do consumo, a esfera da vida fora do trabalho, fazendo do tempo livre, em boa medida, um tempo também sujeito aos valores do sistema produtor de mercadorias. O ser social que trabalha deve somente ter o necessário para viver, mas deve ser constantemente induzido a querer viver para ter ou sonhar com novos produtos (p.32).

A identificação do trabalhador com sua atividade e suas repercussões nas esferas além da empresa é abordada por Titoni (1994), que considera a organização do trabalho como elemento marcante na vida dos trabalhadores,

instituindo modos de ser, de pensar e de agir que têm nele uma referência importante. O trabalho age sobre o trabalhador não só com relação às formas de executar as tarefas, mas também constrói formas de pensar, de sentir e contribui para delimitar práticas sociais (p. 70).

No entanto, Dejours (1988), nos lembra que, “quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo” (p. 52).

A compreensão da relação saúde-trabalho, independentemente do enfoque a ser tomado, não pode prescindir da análise do processo de trabalho que, para Laurell (1998),

são os modos específicos de trabalhar determinados pelo processo de produção .A categoria processo de trabalho permite o estudo da lógica de acumulação (processo de valorização) e seu meio – o processo de trabalho - como um modo específico de trabalhar e desgastar-se, e como enfrentamento de classe em termos de estratégias de exploração e de resistência, que, por sua vez, determinam padrões específicos de reprodução (p. 36).

Entre os enfoques presentes na questão da saúde e trabalho, destacam-se três abordagens que coexistem nas empresas, com diferentes graus de aplicação e valorização: a Medicina do Trabalho, a Engenharia de Segurança e Higiene Ocupacional, e a Saúde do Trabalhador.

O enfoque predominante, hoje, nessas abordagens de saúde torna-se reducionista na medida em que direciona seu diagnóstico aos mobiliários e ferramentas de trabalho, distanciando-se da capacidade real de apresentar um diagnóstico que atenda a todo o contexto laboral, não se restringindo apenas às condições de trabalho, mas sim à situação de trabalho como um todo, como preconiza a Ergonomia, que distingue condições de trabalho de situação de trabalho¹¹.

A Medicina do Trabalho aporta concepções de saúde advindas do enfoque biológico, procurando isolar riscos específicos de acordo com a teoria da unicausalidade das doenças, ignorando outros fatores que possam afetar a saúde do trabalhador.

¹¹ Para Montmollin (1990) e Guérin (2001), as condições de trabalho se referem aos meios fornecidos pela empresa para que o trabalhador realize a tarefa que lhe é prescrita e estão representadas pelos recursos físicos, materiais e organizacionais que têm ligação com a tarefa propriamente dita. Já a situação de trabalho abrange um macro-contexto onde se incluem as condicionantes mais amplas do sistema produtivo, como a natureza do trabalho, (manual ou automatizado), estabilidade e vínculo empregatício, e até políticas trabalhistas vigentes em determinado país.

Bragança (2002) relata que, após a Segunda Guerra Mundial, o desenvolvimento de novas tecnologias, a chegada de produtos químicos e a fragmentação das tarefas aumentaram as demandas por intervenção no ambiente de trabalho. O autor também coloca a complexidade das novas condições e os altos índices de insalubridade como importantes para o nascimento do conceito de saúde ocupacional, extrapolando as fronteiras da Medicina do Trabalho com um clamor multidisciplinar que aliou médicos e engenheiros em torno de uma linha de atuação: a higiene industrial.

A novidade desse enfoque é o deslocamento do foco do indivíduo para o ambiente, com investimentos nos estudos de riscos ambientais e maior atenção à questão preventiva. Essa abordagem, apesar do avanço propiciado em termos da ampliação do enfoque que passou de uni para multicausal, é criticada atualmente pelas limitações que apresenta, estando determinada por normas governamentais que nem sempre são atualizadas pelo diálogo com pesquisadores e estudiosos do tema.

... A manutenção do referencial mecanicista da Medicina do Trabalho, as atividades restritamente multiprofissionais e a capacitação de recursos humanos denotam uma tendência especializante direcionada às condições de trabalho, sem reportar-se muitas vezes a uma situação-contexto que transcenda os limites do ambiente físico.

Essa tendência submete a produção de conhecimentos e de tecnologia às exigências de adequar-se a um modelo que aborda a questão da saúde ocupacional, enquanto objeto de intervenção da área do trabalho, em detrimento do setor saúde em seus mais amplos desdobramentos. As perspectivas que prevalecem até hoje, no entanto, representam um avanço pelo seu caráter preventivista e ampliação do referencial técnico e teórico de abordagem.

A área de estudos tida como Saúde do Trabalhador vem surgindo no cenário internacional e nacional como resposta dos setores sociais organizados e preocupados com a questão da saúde no trabalho, ao retorno dado pela Saúde Ocupacional às suas demandas. Esse movimento questiona, entre outros pontos, os valores da vida e da liberdade, o significado do trabalho e o papel do Estado nas políticas de promoção da saúde.

A 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores realizada em 1986, define a saúde dos trabalhadores como decorrente de melhoria

das condições de emprego; estabilidade no trabalho e que este seja bem remunerado; como também oportunidade de lazer; organizações livres, autônomas e representativas da classe; direito à informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida, saúde, trabalho, acessibilidade a serviços de saúde com capacidade resolutiva e em todos os níveis, além de efetiva participação em quaisquer decisões sobre assuntos referentes à classe; recusa ao trabalho sob condições que não considerem estes e outros direitos (BRITO e PORTO, 1992).

A principal premissa desse enfoque é a de que o trabalhador deve ter um papel participativo nas questões relativas à sua saúde. Os pontos defendidos são o direito à informação e à recusa ao trabalho em condições de risco para a saúde ou para a vida; o direito à consulta prévia antes das mudanças de tecnologia e formas de organização do trabalho; e o estabelecimento de mecanismos de participação, inclusive na escolha dos profissionais que irão atuar nos serviços de saúde no trabalho.

As transformações no mundo do trabalho ocorridas na década de 70 mostram bem o papel da historicidade na determinação de condicionantes sobre o trabalho e a saúde e suas concepções. A saúde do trabalhador começou a organizar-se enquanto área de estudos, num panorama econômico em que grandes indústrias se deslocaram para o Terceiro Mundo em busca de mão-de-obra barata, trazendo exigências tecnológicas que, por serem implantadas em cultura diferente, exigiam quase que um adestramento dos trabalhadores, ignorando seus fatores antropométricos (estatura, biotipo e constituição corporal).

Nos países em que houve o processo de Reconversão Industrial¹², a importação de modelos de trabalho e maquinários, da Alemanha e da França, para citar o caso das montadoras de automóveis, ocasionou problemas posturais e dores decorrentes da inadaptação dos nossos trabalhadores brasileiros às dimensões das máquinas e bancadas de trabalho, gerando uma demanda de atuação de vários profissionais da

12. Processo de reestruturação econômica nos países em desenvolvimento acompanhado da incorporação de novas tecnologias, nas quais a automação e a informatização, oriundas de países desenvolvidos, são as formas predominantes. Sendo estas implantadas em curto espaço de tempo, ocasionam dificuldades de adaptação e inadequação aos novos *modos operandi*, devido ao choque cultural que advém da importação de comportamentos laborais próprios de outras sociedades (YANES, 1993).

saúde, que viram no campo da Ergonomia uma oportunidade de contribuição e uma nova forma de inserção no mercado de trabalho.

Para Gómez-Minayo e Thedin-Costa (1997),

da práxis de produção de conhecimentos orientados para uma ação/intervenção transformadora, a saúde do trabalhador defronta-se continuamente com questões emergentes, que impelem a definição de novos objetos de estudo, contemplando demandas explícitas ou implícitas dos trabalhadores, portanto uma área em permanente construção (p. 27).

Nessa contemporaneidade de discussão sobre a saúde no trabalho, novas terminologias foram incluídas nas ações de atenção à saúde e segurança e segurança do trabalhador. O quadro a seguir mostra as especificidades e diferenças entre os conceitos vigentes e seus desdobramentos no amplo contexto das ações de saúde no trabalho.

QUADRO 1 - ENFOQUES DA MEDICINA DO TRABALHO, SAÚDE OCUPACIONAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

Área de Atuação	Medicina do Trabalho	Saúde Ocupacional	Saúde do Trabalhador
Objetivos	Tratamento de doenças e recuperação da saúde	Prevenção e controle de agentes ambientais	Promoção da saúde e controle das causas
Enfoque	Individual	Individual e ambiental	Coletivo
Caráter das Ações	Técnico	Técnico	Político-conflitivo
Cenário das Ações	Consultório/Escritório	Ambulatório/Serviço	Sociedade
Ator Principal	Médico e Engenheiro	Médico, ergonomista, enfermeiro, psicólogo e higienista	Todos os envolvidos. Trabalhador: sujeito da ação

FONTE: MATTOS, 1999

Longe de ser um modelo perfeito de abordagem em saúde, o conjunto de conhecimentos a que se chama Saúde do Trabalhador, considerado em construção, tem como pano de fundo o próprio entendimento de saúde coletiva. Constituiu-se nas últimas décadas, por um recorte da questão saúde numa leitura associada ao questionamento sobre em que condições de vida e de trabalho está a sociedade, na

busca do entendimento de suas necessidades e problemas, buscando equacioná-los e enfrentá-los.

A reflexão sobre esses modelos de atenção à saúde, sua evolução e operacionalização pode colaborar para a estruturação, viabilização e avaliação dos programas de promoção da saúde, abrigando em sua estrutura todas as estratégias de prevenção e intervenção nas empresas, com a integração de saberes e contribuições de diversas áreas de atuação. Mas dificuldades de se conceituar saúde podem tornar-se ainda mais evidentes quando se pretende discutir a promoção da saúde a partir da compreensão desses conceitos.

As políticas de saúde adotadas na maior parte dos países são oriundas de um referencial estabelecido pela OMS (Organizacional Mundial de Saúde). Através desse referencial é que se delineia particularmente nos países em desenvolvimento, a idéia de promoção à saúde com desdobramentos importantes no mundo do trabalho e da saúde humana em geral. A seguir são discutidos alguns de seus conceitos

2.3 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHO

A expressão “Promoção da Saúde” foi utilizada pela primeira vez em 1945 por Henry E. Sigerist, historiador médico canadense, apontando-a como uma das quatro áreas essenciais da medicina. A primeira declaração formal dessa expressão, no entanto, aconteceu em 1974, quando da publicação de documento intitulado *Nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses*, propondo a redução de riscos em saúde mental e física e melhorias do acesso da população a uma adequada atenção à saúde. Nesse documento eram evidenciados quatro importantes fatores de agravos à saúde: morte, características biofísicas da pessoa, poluição e agravos ambientais; estilo de vida; e inadequação dos serviços de saúde.

Como conseqüência desse documento, em 1978, realizou-se em Alma Ata, na antiga União Soviética, a Primeira Conferência Internacional em Assistência Primária à Saúde, com apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS), estabelecendo-se a meta “Saúde para todos no ano 2000”, contando com a adesão da maior parte dos países, entre eles o Brasil.

Outros importantes documentos, como a Carta de Otawa e a 8ª Conferência de Saúde em 1986, trouxeram ênfase ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos e uma idéia de promoção da saúde integrando o enfoque estruturalista (ambiente de trabalho) e o estilo de vida e comportamento das pessoas dentro de princípios de equidade, regionalização e participação popular. Os compromissos assumidos nessas cartas têm influenciado as ações de saúde no Brasil e servido de base para diretrizes assumidas na promoção da saúde e qualidade de vida em um contexto mais humanizado e justo.

A 8ª Conferência é hoje considerada como um divisor de águas no movimento sanitário. Com uma participação de cerca de 5.000 pessoas, entre trabalhadores da saúde, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares, constituiu-se no maior fórum de debates sobre a situação de saúde no Brasil. Seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro, que deveria ser defendida na Constituinte.

Entre as propostas do relatório, constam os conceitos ampliados de saúde, em que esta é entendida como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse da terra, transporte, emprego e moradia. De acordo com o relatório, a saúde não é um conceito abstrato, mas se define no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

As propostas da 8ª Conferência foram concretizadas no plano jurídico e institucional pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e quando aprovadas fizeram da Constituição Brasileira uma das mais avançadas do mundo no que diz respeito à saúde (BERLINGUER, 1996).

Para esse autor, a exigência de alcançar um nível de maior saúde para todos é uma antiga aspiração humana, mas foi alcançada por muitos países apenas na metade do século passado. Segundo Berlinguer (1996), os caminhos e os fracassos das tentativas realizadas estão representados por duas utopias produzidas e expressadas nos programas da Organização Mundial de Saúde.

Na continuidade de suas análises, ele ressalta que a primeira utopia, concebida em 1948, coincide com a constituição da OMS e sua definição de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social”. Essa concepção refletia a tentativa de superação do antigo conceito, e de passagem de um modelo centrado nos aspectos biológicos para outro que contemplava o ser humano em suas múltiplas dimensões. Deslocava o foco de uma saúde baseada apenas na ausência de doença, como preconizava o modelo biomédico hegemônico, para uma visão na qual o estado físico contribuía com as condições de saúde no mesmo grau de importância que suas condições mentais e sociais.

Apesar das críticas advindas das dificuldades operacionais e excesso de idealismo desse conceito, ele pode ter sido a resposta a uma demanda, ou clamor social não explícito, devido ao contexto histórico em que foi criado (situação de pós-guerra e crescentes desigualdades sociais). Essa utopia também enunciou um padrão ou ideal de saúde a ser buscado, mesmo que não necessariamente alcançado, mas com um referencial mais abrangente que o anterior.

Nos anos seguintes, novos exames desse conceito deram margem a críticas ao seu imobilismo trazendo à tona enfoques de saúde mais dinâmicos, que incluíam a capacidade de reagir às doenças e inevitáveis agressões do meio, através de um modo de interagir com o ambiente natural e social num constante processo de reequilíbrio, incluindo mesmo o adoecer enquanto experiência de crescimento e mudança.

A segunda utopia, para Berlinguer (1996), foi concebida nos anos 70 pela diretriz originada da Declaração de Alma Ata (1978), com a máxima “Saúde para todos no ano 2000”, o que repercutiu em um contexto social em que os progressos sanitários refletiam um substancial avanço mesmo em um panorama desigual. Os projetos e ações originados dessa segunda diretriz, apesar do empenho de muitos governos, não puderam ser viabilizados na escala desejada, em função da inexistência do suporte básico, representado pelas condições político-sociais que poderiam viabilizar as metas estabelecidas.

A Conferência de Sundswall (Suécia), em 1991, foi palco de críticas e discussões que denunciaram o malogro da proposta, tendo sido registrado no documento de

conclusão o grande obstáculo representado pelas guerras, dívida externa e pobreza à consecução da meta “saúde para todos”, transformando-a “em saúde para poucos”.

Por outro lado, nas áreas consideradas em desenvolvimento ressurgem doenças apontadas como extintas como o cólera, a malária e a dengue, denotando que os avanços tecnológicos da medicina e saúde pública não seguiram modelos de equidade e solidariedade.

A interface sócio-cultural se faz presente principalmente nos países desenvolvidos, quando se atenta para as dimensões tomadas pela AIDS e para a intrigante marcha da tuberculose, característica do século XIX, com uma dimensão sócio-antropológica que aparece em alguns extratos sociais, pela associação entre doença, culpa e castigo, remontando às catástrofes da Idade Média, representadas pela peste e pela sífilis (BERLINGUER, 1996).

Essa breve exposição já é suficiente para ressaltar a complexidade do fenômeno saúde-doença e sua resistência às conceituações estáticas e reducionistas. Para esses autores, quando se acredita estar avançando na resolução de alguns de seus aspectos, para citar como exemplo a questão das doenças infecciosas e o ressurgimento de velhas doenças, vê-se que elas são ocasionadas pelos mesmos mecanismos utilizados em seu combate, como é o caso da resistência das bactérias aos antibióticos.

Somado a tudo isso, tem-se o agravante de que esses fatores estão entrelaçados com aspectos sócio-econômicos, representados pelo crescimento da marginalidade e pobreza urbana. A interface da saúde com o trabalho, contribui para criar uma associação de grande complexidade e nuances às vezes contraditórias, devido não só às características ontológicas do objeto trabalho (*ergon/ponos*), como também à sua centralidade na vida humana como meio de sobrevivência, realização pessoal e elemento assegurador e promotor de saúde.

Historicamente, têm sido associadas condições precárias de trabalho a condições precárias de saúde, com base ainda no eco deixado pela Revolução Industrial e suas condições sub-humanas de produção. Paradoxalmente, porém, observa-se em nosso país, submetido ao modelo político neoliberal, em que o Estado delega à iniciativa privada responsabilidades cada vez maiores, ficando a garantia de

assistência à saúde vinculada à garantia ao emprego. Essa condição contribui para tornar o trabalho no caso dos menos favorecidos, primordialmente um assegurador da sobrevivência biofisiológica, ou seja, de alimentação e atendimento médico.

Dados da Conferência de Sundswall, na Suécia, mostram que, mesmo num país cuja população apresenta níveis elogiados de sanidade e assistência social, os trabalhadores das indústrias manufatureiras têm uma vida em média dez anos mais curta que aqueles que exercem atividades mais salubres, autônomas e satisfatórias, o que revela a necessidade de investimentos constantes na compreensão da relação saúde-trabalho, buscando a possibilidade dialética subjacente a essa contradição.

Esse quadro leva, também, a uma reflexão sobre a indissociabilidade dos conceitos de saúde e cidadania, numa ótica em que promover a saúde é promover a cidadania no sentido de estimular o ser humano trabalhador a se dar conta de suas potencialidades e contribuir para que ele possa exercê-las.

Para Patrício (1999),

Na perspectiva do viver saudável – mesmo nas situações de doença – essa é a questão central: o desafio da necessidade de mudarmos os paradigmas que aí estão para paradigmas que possibilitem outras formas de pensar-fazer o mundo, especialmente de repensar nossos conceitos de “qualidade de vida”, de processo e produto dessa qualidade de vida. A idéia é motivarmo-nos para repensar sobre nossas formas de administrar, de cuidar da vida, sobre como estamos “cultivando” nossa vida individual e coletiva, em casa, no trabalho, na comunidade e na sociedade de forma geral (p. 46).

Para contribuir com a promoção da saúde humana, a autora ainda propõe a associação do cuidado cultural aos saberes científicos, para que se possa humanizar o cuidado, através do olhar dirigido ao sujeito e não à sua doença, incorporando as múltiplas dimensões do ser humano, vendo a sua saúde como um evento situado na sua existência, facilitando a criação de modos de cuidar junto com os sujeitos adoecidos, promovendo sobretudo a saúde através, inclusive, da experiência da doença, pela via da integração do senso comum e da ciência, da razão e da

sensibilidade, na direção da interdisciplinaridade, e almejando a possibilidade de uma transcendência rumo ao transdisciplinar (PATRÍCIO, 1996).

Nas ações de atenção à saúde no âmbito do trabalho de modo geral perpassadas pelos modelos hegemônicos em vigor, observou-se a partir dos anos 80, o fortalecimento do discurso de promoção à saúde paralelamente às fortes reivindicações de investimentos na prevenção de agravos à saúde do trabalhador. Esse panorama contribuiu de certa forma para configurar um quadro nebuloso em que a prevenção e a promoção à saúde aparecem indiferenciadas e até mesmo misturadas.

Acredita-se que esta indefinição e falta de clareza quanto a estas ações acaba contribuindo para o insucesso das intervenções nelas baseadas, pois um conceito pressupõe também um método de abordagem e intervenção em determinada realidade bem como uma forma de avaliação e acompanhamento dos desdobramentos originados por tal intervenção.

A prevenção opera na esfera de um saber apriorístico, voltado a riscos específicos já conhecidos e mapeados a partir de registros epidemiológicos e conhecimentos científicos referendados e consagrados pelas disciplinas ligadas a área da saúde, mesmo que estes riscos à saúde sejam potenciais. Nesse sentido a prevenção se ocupa da saúde do trabalhador mas, a partir da percepção de saúde de um modelo de trabalhador, modelo este originado dos saberes científicos da área.

Já a promoção à saúde trabalha com o conceito de *empowerment*, (empoderamento) autor no qual se aspira desenvolver nos sujeitos as capacidades e habilidades necessárias a que se tornem empoderados para buscar as condições e habilidades necessárias que os levarão a obter saúde ou melhorar as condições quer lhes são oferecidas para obter ou manter sua saúde (VASCONCELOS, 2001).

Nessa ótica pode-se dizer que o processo de empoderamento procura ir além da saúde individual, ele aspira também à transformação desse sujeito saudável e empoderado, em facilitador e catalisador da multiplicação dos sujeitos empoderados na direção de um empoderamento de um sujeito social.

Pode-se falar a partir daí, que a promoção pressupõe a prevenção até como um atributo resultante do processo de empoderamento mas, não uma prevenção voltada a

um sujeito receptor passivo, mas, uma prevenção produto da mediação entre sujeito da saúde, recursos oferecidos pelos setores da saúde e parcerias intersetoriais.

Acredita-se, na perspectiva desse estudo, pela complexidade do objeto escolhido, na importância de se aprofundar conhecimentos na área de Ergonomia por considerá-la uma das ferramentas para buscar a humanização do trabalho, não só pelo seu caráter antropocêntrico, como também pela incorporação que faz de múltiplas disciplinas e saberes, aumentando a abrangência de seu objeto de estudo, o que por si só já a coloca no rumo da interdisciplinaridade.

2.4 A CONTRIBUIÇÃO DA ERGONOMIA PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

A pesquisa das questões que interessam ao mundo do trabalho tem se beneficiado cada vez mais da Ergonomia enquanto disciplina, área de conhecimento e ciência do trabalho (MONTMOLLIN, 1990).

O pensamento ergonômico nasceu com o próprio homem, em decorrência do seu empenho em satisfazer suas necessidades. Ao precisar criar suas primeiras armas e ferramentas, o homem começou a pensar ergonomicamente, pois sentiu a necessidade de construir instrumentos que se adequassem às suas características fisiológicas, para isso tendo que estudar a relação entre a matéria-prima e seu formato para atingir o efeito pretendido (FEDERIGHI, 1998).

Esta é fundamentalmente a base do pensamento ergonômico: a harmonia entre matéria-prima, componentes e função, mediados pela ação e características humanas em seu meio ambiente.

Para Guèrin (2001), a Ergonomia distingue na sua abordagem três realidades:

- a tarefa como resultado antecipado fixado em condições determinadas;
- a atividade de trabalho como os comportamentos desenvolvidos para execução da tarefa;
- o trabalho como unidade da atividade de trabalho, das condições reais e dos resultados efetivos dessa atividade.

A tarefa então é concebida pela Ergonomia como o modelo prescrito, aquele que antecipa os resultados e pode ser representado graficamente ou escrito. A tarefa mesmo mantendo uma relação estreita com o trabalho, através das condições e dos resultados deste, traduz a relação do objetivo à realidade, onde as condições determinadas não são as condições reais, e o resultado antecipado nem sempre será o resultado efetivo. Já a atividade de trabalho é aceita como o trabalho real, pois é constituída dos comportamentos de trabalho necessário ao cumprimento da tarefa (gestos, posturas, reações). Desse modo, a atividade surge como a possibilidade integradora das ações que se desenvolvem no trabalho, o momento e local de síntese dos elementos envolvidos na situação de trabalho, que vão dos determinantes iniciais, como as necessidades da empresa e do mercado, as condições oferecidas para que o trabalhador realize a sua tarefa e sua condição humana confrontada com o que lhe é oferecido para que ponha em prática suas habilidades e capacidades.

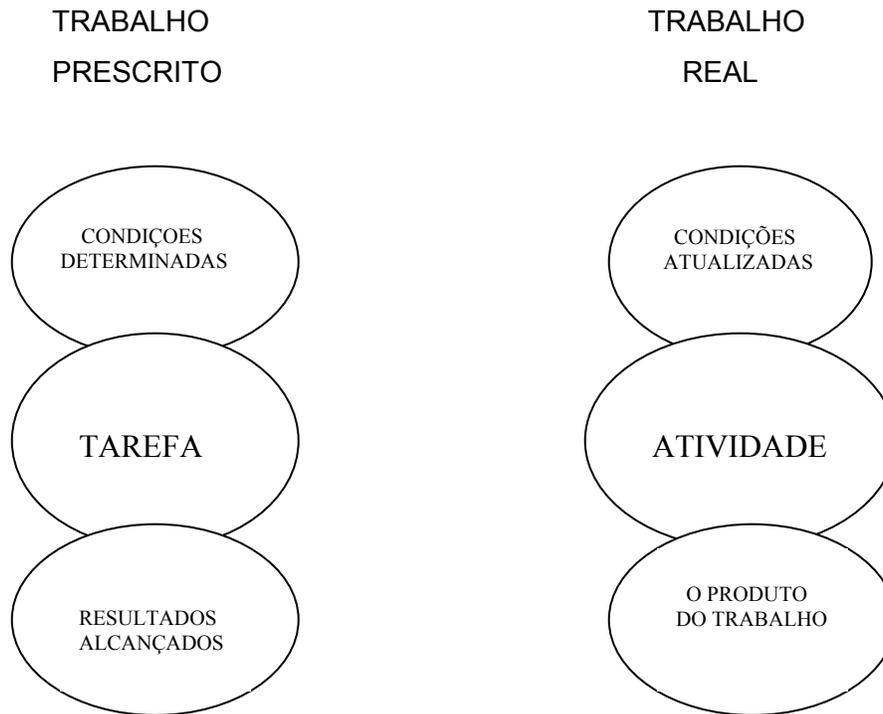
A opção pela investigação do trabalho real, é feita pela Ergonomia quando na sua análise do trabalho, elege a atividade como foco privilegiado de estudo, sem aceitar apenas os modelos teóricos ou situações simuladas (GUERIN, 2001; WISNER, 1999; SANTOS e FIALHO, 1998; MONTMOLLIN, 1990). Outro aspecto é a valorização da vivência e da subjetividade do ser-humano-trabalhador, abrindo espaço para os métodos qualitativos de pesquisa.

Para Guérin (2001),

A Ergonomia tem por objeto o trabalho, mas, é preciso reconhecer que a palavra trabalho abrange várias realidades, como mostra seu uso corrente. É utilizada conforme o caso para designar as condições de trabalho (trabalho penoso, trabalho pesado...), o resultado do trabalho (trabalho mal feito, um trabalho de primeira...) ou a própria atividade de trabalho (fazer seu trabalho, um trabalho metuculoso, estar sobrecarregado de trabalho...).

Uma reflexão sobre os sentidos atribuídos à palavra trabalho neste caso, mostra que conforme o contexto ou o sentido atribuído, a palavra trabalho pode designar qualquer uma dessas realidades abordadas pelo autor, o que demonstra que as

condições em que a atividade é desenvolvida, a atividade em si, e conseqüentemente seus resultados são indissociáveis. Abaixo, delinea-se uma representação gráfica desta interação.



A Ergonomia, na sua busca de otimizar a utilização das forças e das capacidades humanas, teve seu grande impulso com as duas grandes guerras, pela necessidade de desenvolver técnicas que incluíssem desde o desenvolvimento de próteses para os mutilados até protótipos de armas e aviões, envolvendo profissionais oriundos de áreas a princípio ligadas à Engenharia e à Medicina.

Não apenas pela energia produtiva que dele deriva, mas, também, pelas suas repercussões sociais econômicas e políticas, o trabalho deve ser objeto das mais sérias, competentes e responsáveis abordagens. Tanto por questões éticas de respeito pelos seres humanos, quanto por questões pragmáticas relacionadas à obtenção de

resultados produtivos e financeiros. Acredita-se portanto que a abordagem ergonômica do trabalho e das questões a ele relacionadas devem ser colocados em lugar prioritário na hierarquia das reflexões e práticas individuais, organizacionais e sociais.

Muitas são as abordagens possíveis para a questão do trabalho: sociológicas, antropológicas, econômicas, ideológicas e psicológicas neste amplo universo, a ergonomia vem se destacando. Cabe a ela, com suas metodologias e instrumentos de análise teórica e prática, estudar da maneira mais aproximada possível a realidade de trabalho vivenciada pelas pessoas, assim como a adequação de produtos, processos e ambientes a serem utilizados dentro e fora dos locais de trabalho.

Pela grande contribuição da ergonomia para melhorar a eficiência, confiabilidade e qualidade das operações industriais (IIDA, 1990), nas últimas décadas, tem-se observado o aumento crescente das demandas ergonômicas no setor industrial em função da acentuada mecanização e automatização dos postos de trabalho. Este panorama configura um grande aumento das sobrecargas osteo-musculares no caso do trabalho mecanizado e aumento das demandas cognitivas no caso da automatização (MOSER, 2005).

A Ergonomia concentra seu foco em propiciar às pessoas uma relação harmônica e construtiva com os ambientes em que vivem, especialmente com os ambientes de trabalho e tende a fazer cada vez mais parte do mundo do trabalho, até mesmo daquele mais rudimentar. Algumas razões que justificam essa tendência estão a seguir:

- Dinâmicas tecnológicas, éticas e estéticas, com importantes repercussões mercadológicas, evoluem no sentido de tornar produtos, serviços e

ambientes de trabalho cada vez mais aproximados das necessidades e características das pessoas nas mais variadas situações que vão desde trabalho artesanal ao trabalho informatizado.

- Pretensão das organizações em ocupar as melhores posições no mercado e em apresentar imagens que incluam sua preocupação com o meio ambiente externo e interno, com o balanço social das suas ações e com conceitos e produtos ergonomicamente adequados.
- Contribuir efetivamente para a questão de produtividade, atendendo à necessidade de parceria entre as organizações empregadoras e seus empregados.
- Tornar seus produtos e serviços mais ergonômicos, aceitos e consumidos, devido à sua maior adequação às necessidades humanas tanto no que se refere tanto aos utensílios de trabalho quanto ao conforto e embelezamento ambiental, valorizando o prazer e o bem estar propiciado por um contexto de trabalho agradável.

Até hoje se observa que, apesar do seu caráter multidisciplinar, a Ergonomia abriga em seu quadro um maior número de representantes médicos e engenheiros, o que se reflete no seu corpo teórico de conhecimentos. O enfoque da Medicina do Trabalho e o da Saúde Ocupacional são exemplos dessas duas grandes influências.

O seu reconhecimento enquanto ciência, no entanto, só ocorreu em 1949 quando da criação do Ergonomics Research Society em Oxford, na Inglaterra (FEDERIGHI, 1998).

Posteriormente, na década de 60, foram fundadas a Associação Internacional de Ergonomia, em Estocolmo, na Suécia, e a Société d' Ergonomie de Langue Française, na França. O advento da corrida espacial, entre 1960 e 1980, valorizou a concepção

ergonômica e ajudou a estabelecer a Ergonomia como importante área na implementação de projetos e ações confiáveis e eficientes.

Ironicamente, porém, é a alta tecnologia, tributária dos insumos ergonômicos, que a torna ferramenta imprescindível na sociedade moderna, haja vista os agravos à saúde humana trazidos pela revolução dos computadores pessoais e as LERs decorrentes do trabalho estático, ou de alta repetição, assim como os altos índices de sedentarismo em postos de trabalho ergonômicamente mal concebidos (ABRAHÃO, 1999)

Nesse quadro, o ergonomista tem sido cada vez mais chamado a atuar como perito em litígios, para atestar a confiabilidade de produtos e a comprovação de nexos causais entre doença e trabalho, sendo colocado no lugar que ocupa até hoje: de mediador e intermediário entre as exigências de otimização dos processos de produtividade e a preservação da saúde do homem que trabalha (ABRAHÃO, 1999)

Historicamente, duas correntes distintas compõem o cenário da Ergonomia: uma teve sua origem em 1947, na Inglaterra, com características das ciências aplicadas; e a outra surgiu na França, em meados dos anos 1950, com uma preocupação mais analítica. Essas duas correntes podem ser assim caracterizadas: a primeira, mais antiga, configura-se em ciência que visa a melhorar as condições do trabalho humano, considerando as características psicofisiológicas do homem, ou os *human factors*, enquanto que a segunda enfoca o ser humano dentro do processo de trabalho, como ator, junto a todos os componentes da situação de trabalho, com foco principal na análise das atividades.

Mesmo com enfoque diversos, essas duas abordagens, porém, são complementares na medida em que seu objetivo primordial é a compreensão do trabalho, para adaptá-lo ao homem (MONTMOLLIN, 1990).

Nesse sentido, a Ergonomia é perpassada por duas intenções fundamentais: produzir conhecimento científico sobre o trabalho, suas condições de realização e sua relação com o ser humano; e, por outro lado, deve formular princípios capazes de orientar as ações que visam transformar as condições de trabalho. Portanto, produzir conhecimento e elaborar ações norteiam a prática ergonômica.

Por ser uma área de conhecimento ainda recente a Ergonomia tem construído um corpo teórico de conhecimentos relativo ao seu objeto de estudo e à noção de trabalho, a partir de um ponto de vista interdisciplinar, dialogando com outras áreas como Fisiologia, Psicologia, Sociologia e outras, gerando contribuições e muitas vezes relações de confronto que são positivas porque dialógicas.

Nas categorias trabalho, saúde e fatores humanos, as abordagens e concepções são distintas, e articulá-las é tarefa do ergonomista, ao se debruçar sobre a complexidade do mundo do trabalho.

Dentro da complexidade das situações de trabalho, a intervenção ergonômica, com vistas a contribuir para a otimização do processo produtivo, não pretende ser concebida apenas pelo ergonomista, mas passa pela mediação e apreciação dos sujeitos dessas intervenções (ABRAHÃO, 1999).

Para essa autora, o ergonomista deve, na sua atuação, ter como base:

- a) a visão dos trabalhadores sobre seu próprio trabalho, condições de execução, dificuldades e queixas;
- b) a observação das atividades nas situações reais de trabalho;
- c) a confrontação e a análise desses dados com as questões levantadas pelo ergonomista e os dados da literatura.

O desenvolvimento de novas tecnologias, aliado ao ritmo acelerado das mudanças, exige conexões ainda inexistentes entre as áreas do conhecimento. Nesse contexto, os métodos qualitativos de pesquisa podem se constituir em uma contribuição à Ergonomia e seu método de trabalho, a partir das novas abordagens que privilegiam o ser humano inserido em um contexto em que qualidade de trabalho é sinônimo de qualidade de vida de quem trabalha.

Como toda ação ergonômica é voltada para uma transformação, a validação da intervenção torna-se obrigatória, sendo um aspecto consensual da própria abordagem. Esse aspecto torna a metodologia de abordagem ergonômica uma modalidade que necessita da participação dos sujeitos na prática da pesquisa, abrindo espaço para a modalidade participante na construção de conhecimentos.

Dentro de um enfoque que pressupõe e acredita na participação de todos os atores para construir conhecimento sobre uma dada realidade, autores como Wisner (1999) e Guerin (2001), são considerados representantes da abordagem holística em Ergonomia.

Essa visão da Ergonomia apresenta pontos de convergência com a abordagem holístico-ecológica, privilegiando a idéia de campo de pesquisa como espaço compartilhado, no qual a participação e a interação pesquisador-pesquisado são elementos fundamentais, pela possibilidade de enriquecimento e aprendizado mútuo que propiciam.

Apesar de ter sobre ela a exigência da otimização da produção, a Ergonomia, pelo seu compromisso com os fatores humanos, tende a humanizar-se em cada processo de investigação e privilegiar a visão do trabalhador, valorizando o conhecimento de quem trabalha como dados importantes na resolução de problemas pela análise da relação homem-tarefa-atividade.

Pesquisadores qualitativos (DUARTE, 2001; MAYA, 1999), em seus estudos sobre a saúde e qualidade de vida do ser humano-trabalhador, têm contribuído para o alcance de um olhar qualitativo no âmbito da Ergonomia, propiciando a construção de modelos de abordagem das situações de trabalho que privilegiam a complexidade e diversidade das interações ser humano-trabalho-ambiente, mostrando que a produtividade é antes de tudo fruto de ambientes saudáveis, sob o ponto de vista físico-psíquico-energético-social.

A Ergonomia pode propiciar a ressignificação do espaço de trabalho, enquanto espaço de vida, valores e subjetividade, valorizando a interdependência de tudo que ali gravita, constantemente emoldurado pelo processo de trabalho, distanciando-se do reducionismo teórico e acolhendo a interdisciplinaridade (MAYA, 1999).

Duarte (2001), em seus estudos sobre a dor nas costas em trabalhadores, fala dos afetos e componentes energéticos presentes nas situações de trabalho, só passíveis de serem abordados pela via da compreensão e interdisciplinaridade, numa complementaridade de saberes.

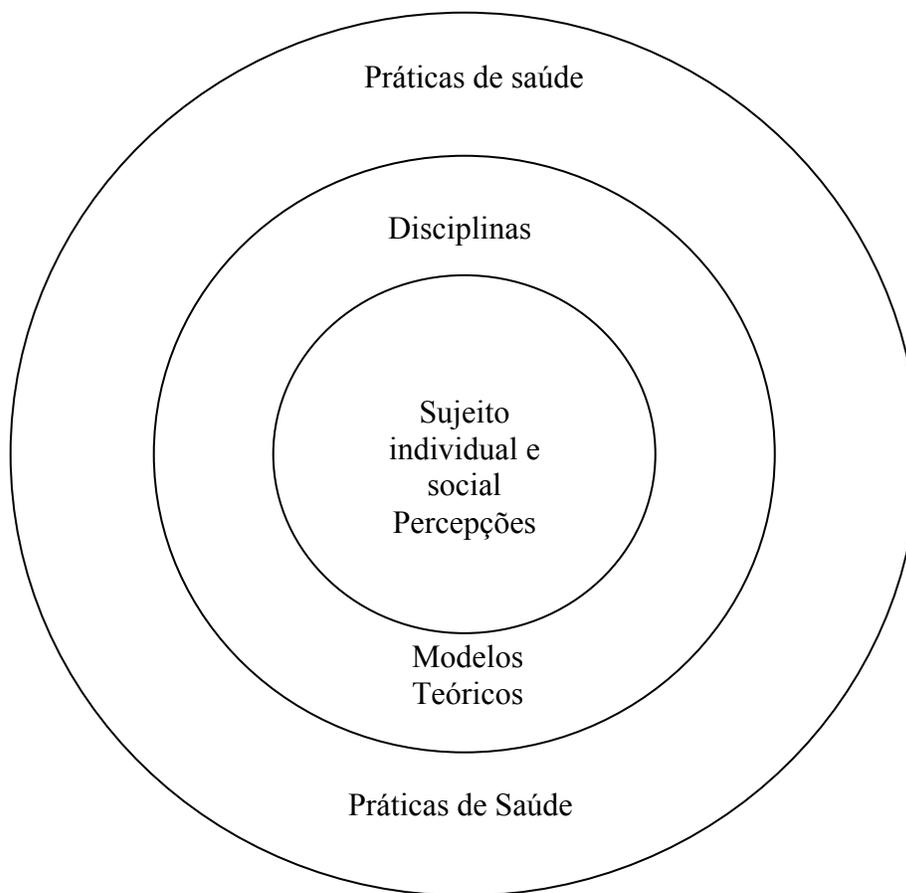
Acrescido da “escuta” qualitativa, o olhar do ergonomista pode atualizar a tarefa cotidianamente, mesmo na atividade mais previsível e pobre em conteúdo, pelos vários enfoques de que ele se serve, revelando que a marca que o trabalhador imprime em seu trabalho é resultante de uma mediação constante entre os meios que lhe são fornecidos para realizar a tarefa (condições de trabalho), a organização do trabalho e sua bagagem pessoal e história de vida.

O caminho teórico percorrido revelou-se tão complexo e multifacetado quanto os temas deste estudo, em razão de suas múltiplas interfaces e interações nem sempre percebidas, nem sempre valorizadas, mas exercendo uma constante influência nos modos de pensar e agir e sobre a questão saúde e suas formas de atenção.

As grandes linhas de pensamento em saúde estão presentes ainda hoje nas concepções e práticas e sofrem a mediação do contexto sócio-cultural e as relações que nele se estabelecem, relações essas construídas no cotidiano dos sujeitos e suas naturais interfaces com o trabalho que o coloca e revela ao mesmo tempo como sujeito individual e coletivo.

As diferentes instâncias e contextos presentes na gênese dos conceitos de saúde estão abaixo representadas num diagrama que revela níveis de participação que vão do mais ao menos manifestado.

As diferentes instâncias e contextos presentes na gênese dos conceitos de saúde estão abaixo representadas, num diagrama que revela níveis de participação que vão do mais ao menos manifestado.



O CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 A NATUREZA E O TIPO DE ESTUDO

Ir à busca de um conceito a partir da forma como ele é expresso é como fazer um caminho inverso, puxando um fio quase invisível, porém perceptível, num processo que nos ajuda a fazer uma passagem da “forma” ao “sem forma”. Esse processo guarda semelhanças com aqueles de mudança de estado da matéria em que o sólido se transforma em líquido, o líquido em gasoso, e o vapor em gás. Este último é a expressão de um estado ainda mais sutil, que informa, porém, sobre qualidades e características de todos os outros estágios de transformação desta matéria. Desse modo, a forma percebida abriga estados subjacentes que lhe dão suporte. Por analogia, as práticas de saúde em si representariam a expressão mais concreta e o estado mais estruturado dos conceitos de saúde que as norteiam.

No caso de qualquer pesquisa que visa a produção de conhecimentos, o arcabouço conceitual irá sustentar as opções metodológicas que deverão ser coerentes com os propósitos e o objeto de estudo pretendido. O conceito, portanto, perpassou as intenções do pesquisador, como também sua opção metodológica. No caso deste estudo, o conceito constituiu-se em seu próprio objeto, composto de motivos, vivências e significados a serem conhecidos.

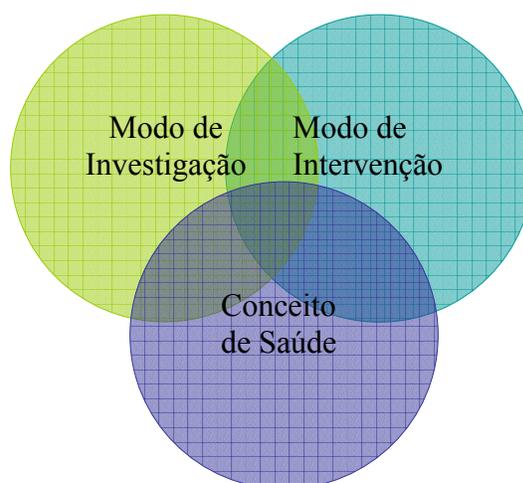
De igual modo, considerou-se também a maneira como os sujeitos do estudo percebiam os conceitos relacionados com a temática pretendida e sua significância.

A abordagem metodológica de um objeto tão multifacetado requereu um grande investimento intelectual e intuitivo por parte da pesquisadora, ela mesma oriunda do modelo de formação tecnicista predominante na área da saúde, o que se revelou ao mesmo tempo uma limitação e uma motivação para superar os insucessos e frustrações acumulados no decorrer das intervenções realizadas na Fisioterapia do Trabalho nas empresas.

Entendendo-se o termo “abordagem” como a aproximação que se faz de uma realidade ou objeto a ser conhecido, entende-se também que a forma de aproximação

pelo pesquisador de seu objeto determina e informa os aspectos da realidade que se quer conhecer, bem como a amplitude de conhecimento e aprofundamento que se pode esperar. A necessidade de compreender requer uma atitude metodológica compreensiva que implica saber olhar, saber escutar, saber falar, saber compartilhar e, principalmente, saber esperar. Saber esperar o tempo do outro, pois nesses encontros com o outro no seu contexto, o pesquisador é quem menos sabe. Mesmo quando chega imbuído de pressupostos teórico-metodológicos bem fundamentados, apenas pode contar com suas perguntas, que deverão ser sinceras e nascidas a partir de suas inquietações e sua experiência.

Acredita-se que a dimensão humana estará sempre presente nas situações protagonizadas pelos atores sociais. No entanto, poderá passar despercebida a olhares e ouvidos não necessariamente desatentos, mas limitados, focalizados ou excludentes. As concepções estarão subjacentes aos olhares e escutas exercidos pelos agentes de saúde na empresa e subsidiarão as práticas, desde a sua concepção até seus aspectos estratégicos de execução, o que determinará as atitudes subseqüentes na fase operacional e os desdobramentos originados, influenciando as modalidades de avaliação dos programas e a qualidade do conhecimento produzido.



Pela natureza do tema e pela necessidade de uma abordagem compreensiva da realidade estudada e seus componentes subjetivos, o método qualitativo apresentou-se como o mais apropriado para efeito deste estudo.

Os métodos qualitativos possibilitam aprofundamento das questões que envolvem motivos, significados, atitudes e aspirações enquanto manifestações humanas que não podem ser reduzidas a variáveis operacionais (MINAYO, 2000). Essa opção valorizou tanto o processo de busca do conhecimento quanto seus resultados, como potencializadores de aprendizagem.

Como os conceitos e concepções são categorias dinâmicas e produto de experiências de vida acumuladas em uma realidade histórica e socialmente construída, há neles um dinamismo que pede uma abordagem capaz de escutar, olhar, descrever analisar e interpretar o que está lá no campo e no ambiente natural dos sujeitos seres humanos.

Numa perspectiva de promover um diálogo entre diferentes áreas e diferentes enfoques do conhecimento, a partir de uma abordagem qualitativa, é que vem se delineando, desde o final de 1980, o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico de Patrício. Esse referencial compartilha a concepção de que para mudar é preciso conhecer e compreender, e para tal é preciso ir ao encontro do outro enquanto ser humano em seu contexto de vida, pressupondo uma postura aberta e acolhedora por parte do pesquisador, em relação aos sujeitos e ao contexto da pesquisa, a ponto de se permitir mesmo ser determinado pelas circunstâncias.

A noção de “encontro” aqui aparece de modo muito especial, alinhada com o que Patrício denomina de “interações”, sendo a qualidade do encontro função da qualidade das interações. Esse encontro ocorre em um campo conceituado por Patrício (1996, p. 81) como “o espaço energético, cultural, intelectual, afetivo do sujeito do estudo” (p. 81).

O encontro pesquisador-pesquisado, de acordo com a sua qualidade, viabiliza a possibilidade de ampliar o campo objetivo da pesquisa, possibilitando além de um encontro com esse campo, a abertura de uma nova via de acesso a um campo mais sutil, até então inacessível.

Para Patrício (1999),

A abordagem holístico-ecológica parte do pressuposto de que é possível integrar várias áreas do conhecimento num fio condutor que busca entender e agir nos microcosmos-micromundos, tendo consciência do contexto global. Busca o sentido de humanidade, tendo a clareza de que, mesmo assim nessa amplitude de abordagem, não é possível dar conta de compreender toda a complexidade da vida e seus fenômenos particulares, mas, em síntese, busca compreender o máximo possível de um dado fenômeno, através do conhecimento das múltiplas dimensões e conexões que expressam essa situação (p.74).

Esse referencial, portanto, busca ampliar a abordagem do fenômeno a partir de vários pontos de vista e enfoques, permitindo “iluminar” um maior número de aspectos em uma dada realidade, indo em direção a um saber mais integrado, pelo deslocamento do foco do conhecimento fragmentado e especializado para o conhecimento possível e determinado pela qualidade do “encontro”.

Essa abordagem valoriza as várias formas de manifestação dos sujeitos permitindo que o campo se revele como fonte de conhecimento e aprendizado mútuo e só posteriormente deve-se recorrer à literatura para corroborar e discutir os achados com a liberdade de ir e vir num constante diálogo de validação (PATRÍCIO, 1999). Para esta autora:

os métodos qualitativos permitem ampliar teorias e conhecimentos já existentes sobre a realidade social, mas especialmente a construção de marcos teóricos, a partir dos próprios dados da realidade estudada e que, posteriormente, servirão de referenciais para outros estudos. Esses métodos permitem estudar e aplicar com mais propriedade as concepções de “processo”, de “movimento”, seja com relação a estudos de métodos, seja quanto à avaliação de processos de desenvolvimento e aplicação de produtos ou atividades que envolvam a participação humana. (p. 65).

Ciente da singularidade característica de todo estudo de caso, cujas possibilidades de generalização e regularidade não podem ser estabelecidas *a priori*, acredita-se, porém, na apropriação que poderá ser feita das constatações do estudo pelos futuros leitores através do confronto com situações similares e do encontro de pontos em comum entre essas situações e os resultados encontrados em outros estudos.

As linhas orientadoras do estudo basearam-se em pesquisadores do método qualitativo, cujas principais características, descritas por Bogdan & Biklen (1994), são:

- a) A pesquisa qualitativa tem no seu ambiente natural sua fonte direta de dados e no pesquisador seu principal instrumento. Nesse sentido, a construção do conhecimento vai ocorrendo a partir da interação pesquisador-pesquisado-ambiente, sendo todos esses elementos considerados formadores da experiência obtida.
- b) Os dados são coletados e tratados de forma descritiva e fiel ao contexto da situação. Para tanto, pressupõe o uso de diferentes estratégias de levantamento de dados, como forma de subsidiar a situação e/ou esclarecer pontos de vista da realidade.
- c) Compromisso com o processo, enquanto elemento revelador dos fenômenos que ao emergirem, utilizam-se das mais variadas linguagens para manifestar-se, sendo a verbal apenas uma delas.
- d) O significado atribuído pelas pessoas às coisas e a sua vida merecem especial atenção do pesquisador. A valorização do ponto de vista dos atores sociais e suas representações acerca dos fenômenos abordados, importam tanto para a compreensão dos fenômenos, quanto pelas possibilidades de superação e aprendizado que encerram.
- e) A análise dos dados tende a ser indutiva. Não há a preocupação de estabelecer hipóteses “a priori”, mas apenas de construir alguns pressupostos, fruto da experiência prévia, podendo os mesmos ser estruturados ou consolidados a partir da experiência do campo.

3.2 PRINCÍPIOS ÉTICOS DO ESTUDO

Os princípios éticos norteadores deste estudo estão de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os procedimentos adotados pelo Núcleo Transcriar, cujas pesquisas procuram:

- a) contemplar o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos;

- c) preservar a confidencialidade e o uso ético das informações que não tiverem sua publicação autorizada, e seu uso ético de forma a não gerar prejuízos aos sujeitos ou comunidade, ou utilizar-se delas para autopromoção e objetivos pessoais;
- d) garantir o anonimato dos informantes;
- e) informar aos sujeitos os objetivos, finalidades e métodos do estudo;
- f) garantir aos sujeitos a liberdade e autonomia para retirar-se do estudo no momento em que julgar necessário;
- g) devolver os dados aos sujeitos e de todos os participantes da pesquisa. comunidade mediante consentimento

Contemplando os aspectos acima descritos, foram elaborados dois termos de consentimento. O primeiro (apêndice1), foi destinado ao diretor da empresa, esclarecendo os objetivos, finalidades e implicações do estudo, bem como o método a ser seguido para coleta e registro dos dados, juntamente com a solicitação de autorização para entrada e permanência nas unidades de trabalho. O segundo (apêndice 2), destinou-se aos trabalhadores com o mesmo teor, sendo entregue no momento da entrevista e acompanhado de esclarecimentos verbais e explicações que o sujeito julgasse necessários.

3.5 LOCAL E SUJEITOS DO ESTUDO

Local do Estudo

Delimitou-se como o **campo de pesquisa** uma situação de trabalho real, na Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos ¹³na cidade de Curitiba, com as seguintes características:

- a) um quadro com mais de 100 funcionários com vínculo empregatício celebrado pela Consolidação das Leis Trabalhistas). Esse critério se deve ao fato de que este tipo de empresa está sujeita a cumprir com maior rigor as

¹³ A identificação da empresa foi autorizada pelo gestor 2.

determinações governamentais acerca da regulamentação em saúde do trabalhador e ter obrigatoriedade de manter um quadro de profissionais especializados que se dedicam a essa questão;

- b) uma empresa que preconizasse a promoção à saúde, através de práticas de saúde junto aos seus funcionários, norteadas por referenciais e conceitos estabelecidos, prescritos e referendados no âmbito da organização como um todo.

Além desses critérios de ordem prática e contextual, a escolha do campo do baseou-se em elementos menos tangíveis como a empatia dos primeiros contatos exploratórios, a possibilidade de estar com os sujeitos em seus próprios ambientes de trabalho, em situações reais, com todas as implicações que isso traz a uma pesquisa, incluindo as dificuldades inerentes aos microcontextos interacionais presentes nas empresas, onde os conceitos de saúde são veiculados nem sempre de forma explícita, mas através de atitudes, respostas e comandos, todos emoldurados pela estrutura organizacional na qual a saúde é passível de ser O gestor da saúde, sendo ele também um trabalhador, concebe suas representações sobre a saúde e suas formas de atenção, que na essência não diferem do que pensa o trabalhador. Porém, mesmo que esses conceitos sejam enunciados a partir de percepções individuais e reflitam a sua maneira de pensar, ele enquanto gestor e sujeito instituído, não é livre para operacioná-los através da elaboração de práticas humanizadas e libertadoras como preconizam os referenciais da promoção da saúde adotados pela empresa.

A instituição dos conceitos de saúde elaborados pelos gestores passa pelo crivo das normas e leis regulamentadoras que devem ser cumpridas e respeitadas pela medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador, abordagens que hoje coexistem na empresa e têm a ver com os diferentes profissionais que compõem a equipe de atenção à saúde e promovida e cuidada.

Para Gil (1996), a delimitação da unidade-caso requer uma exploração cuidadosa e uma postura aberta, por parte do pesquisador, que deverá rever seus pressupostos e redirecionar, se necessário, as premissas e escolhas iniciais, em função

dos fatos que a realidade da exploração do campo lhe revelar. O autor alerta, ainda, para o fato de que:

Além de ser difícil traçar os limites de qualquer objeto social, é difícil determinar a quantidade de informações necessárias sobre o objeto delimitado. Aqui é que o estudo de caso passa a exigir do pesquisador habilidades superiores às requeridas nos demais tipos de delineamento. Como não existe limite inerente ao objeto de estudo de caso e os dados que se podem obter a seu respeito são infinitos, exige-se do pesquisador certa dose de intuição para perceber quais dados são suficientes para se chegar à compreensão do objeto como um todo (p. 122).

A empresa objeto desse estudo, uma Diretoria Regional da EBCT (Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos), faz parte do cotidiano de todos os brasileiros, prestando serviços à comunidade através da distribuição de objetos e correspondências. Tem forte presença na vida das pessoas e se constitui num importante fator de integração nacional pela natureza dos serviços que presta, seja nos grandes centros urbanos, seja nos lugares os mais remotos e de difícil acesso. Possui uma sede central em Brasília e unidades em todos os municípios do país, contando aproximadamente com um total de 101.000 (cento e um mil) funcionários, sendo 47.000 (quarenta e sete mil) carteiros, 12.000 (doze mil) agências, uma frota de 4.357 (quatro mil, trezentos e cinquenta e sete) veículos, 7.353 (sete mil, trezentas e cinquenta e três) motocicletas, 18.901 (dezoito mil, novecentos e uma) bicicletas e 26 (vinte e seis) linhas aéreas com aeronaves fretadas para a entrega das remessas urgentes. A empresa distribui, em cerca de 40.000.000 (quarenta milhões) de domicílios e estabelecimentos comerciais, um volume diário de 34.000.000 (trinta e quatro milhões) de objetos e correspondências. Esses objetos e correspondências são tratados em 771 (setecentos e setenta e um) centros de operações que possibilitam sua entrega dentro dos prazos com eficiência e rapidez.

Além das agências, a população tem à sua disposição 16.839 (dezesesseis mil, oitocentos e trinta e nove) pontos-de-venda de produtos e 25.912 (vinte e cinco mil, novecentas e doze) caixas de coleta. A empresa atende os clientes por meio do “Correios Online”, disponibilizando em seu site serviços via Internet. A necessidade de aprimoramento da sua capacidade operacional está exigindo um grande esforço de

modernização da sua infra-estrutura e um reposicionamento em sua atuação com vistas a melhor atender às necessidades e expectativas do mercado brasileiro e internacional. Nesse sentido, a empresa está desenvolvendo um grande número de projetos que lhe dão uma condição excepcional de competitividade e de vanguarda, com foco, sobretudo, em três grandes frentes: projetos digitais ligados à Internet, serviços financeiros nas agências dos Correios e a transformação dos Correios numa grande empresa de logística. Nesses e em outros projetos, em 2001, foram investidos R\$ 462.000.000,00 (quatrocentos e sessenta e dois milhões), em 2002, foram gastos 619.000.000,00 (seiscentos e dezenove milhões); e em 2003 estão previstos R\$ 800.000.000,00 (oitocentos milhões).

O estudo foi realizado em uma unidade regional com 800 (oitocentos) funcionários, onde são realizados os serviços de recepção de encomendas e carta, triagem das mesmas e distribuição para todo o estado do Paraná.

Os Sujeitos do Estudo

Foram sujeitos do estudo dois grupos de trabalhadores da empresa. O primeiro, denominado grupo **receptor** das práticas de saúde, e se constituído por um grupo de 23 trabalhadores, sendo 11 carteiros e 12 operadores de triagem. O segundo grupo denominado grupo **prescritor**, é composto por 4 gestores de saúde que concebem as práticas e decidem sua forma de implementação na empresa.

Os operadores de triagem e os carteiros, possuem todos, o segundo grau de escolaridade, e os gestores, o terceiro grau.

De acordo com os preceitos éticos, o grupo receptor foi representado por codinomes escolhidos pelos seus componentes, sendo esses bastante variados e muitos deles relacionados a seu papel no grupo de trabalho e à forma como são vistos pelos colegas, ou apelidos de infância. As mulheres, de maneira geral, optaram por codinomes relacionados aos elementos da natureza e nomes poéticos ligados a seus anseios de vida.

Assim, os sujeitos do grupo receptor ficaram sendo: Mineirinho, Homem de Bem, Silva, Colibri, Estrela, Sol, Lua, Mãe, Summer Breeze, Ira, Leão e Naide, estes trabalhadores do setor operacional que são Operadores de Triagem e Transbordo (OTTs), e os carteiros, Cidão, Picapau, Carvalho, Nanico, Pé de Vento, Jó, Nina, Lírio, Topo Gígio, Golias e Juba.

Os gestores não se sentiram à vontade para escolher codinomes e não demonstraram preocupações em não permanecer no anonimato, de modo que ficaram representados como gestores 1, 2, 3 e 4. As principais características dos sujeitos estão descritas no quadro abaixo.

QUADRO 2- CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS DO ESTUDO

SUJEITOS SETOR OPERACIONAL	CARACTERÍSTICAS
Mineirinho	. Iniciou como carteiro, e após concurso interno mudou para operador. Relata sentir dor nas costas às vezes devido ao trabalho. Quando a dor é forte, vai ao médico.
Homem de bem	Foi carteiro e agora é supervisor de produção. Tem 12 anos de empresa. Não relata problemas de saúde no trabalho, e acredita que a religião é importante para a saúde. Afirma que a saúde é responsabilidade de cada um.
Silva	Está há 16 anos na empresa. Relata problemas <i>stress</i> relacionados à vida pessoal, sem nexos com o trabalho. Acha que a saúde depende de cada um.
Colibri	Operadora de máquinas. Considera que sua saúde é afetada pelo trabalho (dor

	nas costas). Reclama do horário de trabalho (inicia às 4 horas da manhã) e sonha em mudar de função. Quando pode faz exercícios.
Estrela	Casada 34 anos. Tem problemas de varizes e dor nas pernas. Gosta do trabalho, mas, acha que é pesado.
Sol	Tem 36 anos. Relata dor nas costas, só resolveu ir ao médico depois da entrevista, pois não havia relacionado a sua dor com o trabalho.
Lua	Tem 04 anos de função, apresenta queixas de insônia e dores nos punhos. Já procurou tratamento, mas o problema voltou.
Mãe	Tem 10 de empresa e realiza hoje, serviços administrativos, mas registrada como OTTs. Não apresenta queixas depois da mudança de função.
Summer breeze	Considera o trabalho desgastante, mas, acredita que a música atua positivamente melhorando sua saúde.
Ira	Tem 36 anos e 15 de OTT. Sente desconforto e fadiga no trabalho, mas, não acredita no sistema de saúde da empresa.
Leão	Tem 06 meses de empresa. Acredita que não poderá ficar muito tempo na função, pois, considera que o desgaste é grande. Para isso está estudando e procurando

	novas possibilidades.
Naide	Tem 45 anos, sendo 17 de empresa. Iniciou como carteiro. Já acostumou com o serviço, e acha que o bom humor ajuda a superar as dificuldades relativas à saúde.
SUJEITOS - CARTEIROS	
Cidão	Tem 24 anos e dois como carteiro. Gosta e do grupo. Procura se cuidar, sobretudo nos horários de alimentação e praticar esporte. Relata como problema de saúde, uma mordida de cachorro.
Picapau	Tem 35 anos e 11 de carteiro. Gosta de caminhar e conhecer gente nova, mas acha o trabalho cansativo. Relata uma queda com lesão no joelho como acidente de trabalho. Agora está se cuidando e se prevenindo.
Carvalho	Tem 52 anos e está há 21 anos como carteiro. Não relata queixas de saúde, mas, reclama do cansaço depois do trabalho.
Nanico	Tem 34 anos. Relata alguns acidentes no trabalho sem gravidade. Gosta do que faz e não suportaria trabalhar em ambiente fechado.
Pé de vento	Trabalha com moto e sente dificuldades em relação aos dias de chuva. Considera excelente o serviço de saúde, mas, não costuma se cuidar.

Jó	Tem 26 anos, 4 de carteiro. Acredita que o seu trabalho tem as mesmas dificuldades de qualquer outro. Valoriza a assistência que é dada à sua família e procura aproveitar.
Nina	Tem 24 anos. Está em fase de adaptação como carteira, e sofreu uma torção no joelho durante o trabalho. Está atualmente em tratamento.
Lírio	Está em tratamento para torção de tornozelo, e tem dificuldades para voltar ao trabalho, pois ainda sente dores. Tem 24 anos.
Topo Gígio	Tem 25 anos, há 2 está como carteiro e não relata problemas de saúde.
Golias	Tem 35 anos e está há 11 como carteiro. Pensa em sair, mas acha que não se adaptaria a uma função operacional, pois não agüenta ficar muito tempo parado em um mesmo ambiente.
Juba	Tem 24 anos, é educador físico e monitor da ginástica. Tem problemas físicos devido à prática de esportes fora da empresa, pois segundo ele já sai cansado do trabalho e seu rendimento é menor nos jogos.
Gestor 1	Médico do Trabalho. Relata o <i>stress</i> , como o que mais incomoda.
Gestor 2	Coordenador da Segurança do Trabalho. Relata episódios de <i>stress</i> repercutem na

	sua saúde.
Gestor 3	Médico do Trabalho. Relata problemas ocasionais. Busca a acupuntura e métodos alternativos de tratamento.
Gestor 4	Enferm. do Trabalho. É feliz no trabalho. Considera-se com boa saúde.

3.6 ETAPAS DA PESQUISA E TÉCNICAS DE COLETA, REGISTRO, ANÁLISE E DEVOLUÇÃO DOS DADOS

Essa fase do estudo, numa perspectiva dialógica, esteve norteadada por diversos autores e particularmente pelo referencial do cuidado holístico-ecológico de Patrício (1996), e respaldada por princípios éticos e estéticos e Minayo (1994), evidenciados na descrição a seguir.

O processo de entrar no campo iniciou-se de maneira informal, por meio de uma pesquisa exploratória e contatos com empresas que preconizavam a promoção da saúde e se mostravam receptivas a esse estudo.

Foram realizados contatos com duas empresas sendo uma delas estatal com aproximadamente 2000 funcionários, e outra privada com o mesmo contingente de trabalhadores. As portas de entrada foram nos dois casos profissionais que naquele momento estavam mais envolvidos com campanhas de saúde interna, engenheiros e técnicos de segurança, assistentes sociais e até gerentes de recursos humanos, que após o contato me encaminhavam ao SESMT. Na empresa estatal, a pesquisadora foi encaminhada à responsável do serviço que no caso foi uma enfermeira do trabalho, e na segunda à médica do trabalho. Após o primeiro contato foi explicitado o tema e objetivo do estudo e solicitada autorização para conhecer a área de trabalho mais característica da empresa e marcado horário para entrevista com o profissional em questão no caso um gestor de saúde. A partir deste contato inicial, a pesquisadora retomou o protocolo de entrevista já elaborado e verificou se as questões estavam

atendendo às necessidades do estudo ou se poderia incluir algum item, ou aprimorá-lo. Depois de testar os instrumentos de coleta (folha guia de entrevista e protocolo de observação), foram feitas as inclusões ou exclusões e melhorias necessárias para a etapa seguinte. Esse momento exploratório viabilizou o conhecimento do panorama relativo às práticas de saúde empresariais, seus diversos enfoques (preventivo, terapêutico e promotor de saúde) e suas modalidades (individuais, grupais e comunitárias). Isso possibilitou refletir sobre a forma mais adequada de abordar essas questões no que tange à forma de entrar no campo, selecionar as fontes informacionais e elaborar os instrumentos de coleta de dados, tendo sido este momento utilizado para sua validação e aprimoramento.

Os critérios foram estabelecidos de forma preliminar, numa tentativa de delimitação do campo, tendo em vista a fundamentação teórica explicitada anteriormente e norteada por uma concepção de campo de pesquisa enquanto unidade viva, em constante dinamismo, que pode revelar, aos olhos e ouvidos atentos e compreensivos, uma gama de fenômenos e fatos que, incorporados, poderão transformar e enriquecer todo o encaminhamento do estudo.

O conceito de campo de pesquisa neste estudo está alinhado com a visão de Patrício (1996), que o considera como o espaço em que ocorre a “tecitura da vida” e onde se constroem interações, com toda a sua carga energética e cultural, e de Minayo (1994), que concebe campo de pesquisa como “o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação” (p. 53).

Definida a empresa objeto do estudo, iniciou-se a entrada no campo propriamente dita. Esse momento incluiu a apresentação da proposta de pesquisa, explicitação dos objetivos e modalidades da investigação, e solicitação do consentimento de dirigentes e trabalhadores. Nos primeiros momentos de entrada no campo foram estabelecidos os contatos iniciais com os sujeitos, exercitando uma espécie de “namoro” para efeito de ambientação e desenvolvimento de confiança mútua (PATRÍCIO, 1999). Possibilidades novas, limitações e algumas descobertas foram ajudando a refinar ainda mais os instrumentos de coleta de dados e a ajustar

algumas modalidades de abordar as pessoas e definir os caminhos a serem percorridos para abordá-las. Para efeito deste estudo, foram considerados informantes e fontes informacionais:

- a) os gestores das ações de saúde na empresa;
- b) os documentos adotados ou criados pela empresa para nortear suas práticas de saúde;
- c) os trabalhadores alvo destas práticas;
- d) os microcontextos e as situações em que as práticas de saúde estivessem acontecendo, sendo discutidas ou elaboradas. se em

Os critérios para delineamento da amostra e condução do estudo pautaram-se em princípios norteadores da pesquisa qualitativa, como:

- a) eleger um grupo social e microcontextos, relevantes para a entrevista e observação;
- b) coletar dados e refinar critérios até delinear o quadro empírico da pesquisa;
- c) apreender a realidade estudada utilizando-se de mais de uma fonte informacional;
- d) desenvolver a análise dos dados em sincronicidade com a coleta, valorizando a riqueza dos dados e o potencial enquanto norteadores do estudo, para possibilitar até mesmo o redirecionamento do mesmo.

O processo de ficar no campo é caracterizado por Patrício (1996), como aquele momento em que o pesquisador estabelece uma relação com os sujeitos da pesquisa buscando apreender, registrar e processar os dados emergentes, “desenvolvendo técnicas que subsidiarão o conhecimento e compreensão da realidade” (p. 86). Para a autora, esses momentos podem vir ou não acompanhados de intervenção no sentido de ajuda ou cuidado e/ou de uma reflexão conjunta, conforme o referencial adotado. As **técnicas de pesquisa** utilizadas foram a **Análise Documental**, a **Observação** e a **Entrevista**.

A **análise documental** subsidiou o delineamento do perfil da empresa no que diz respeito ao ramo de atuação, importância na comunidade, organização hierárquica, missão e processo de trabalho. Os documentos analisados, foram fornecidos pela

empresa após uma solicitação da pesquisadora à equipe de saúde, que os disponibilizou para consulta, foram os seguintes:

- a) os modelos de ficha de exames periódicos, admissionais e demissionais;
- b) o relatório anual da última feira de saúde e semana interna de prevenção de acidentes e boletins informativos da empresa, internos e externos;
- c) os manuais de exercícios praticados na ginástica laboral.

A pesquisadora também teve acesso à rede intranet da empresa, acompanhando as comunicações internas e mensagens veiculadas sobre saúde.

Foram pesquisados os documentos relativos aos programas de promoção à saúde já implantados, ou em fase de elaboração, e os formulários de atendimento utilizados nas práticas de saúde, por entender a pesquisadora que a visão da empresa e seu conceito de saúde estão de alguma forma refletidos nessas ações.

Esses documentos contribuíram para uma melhor contextualização dos conceitos e práticas encontrados no campo, fornecendo a visão preconizada pela empresa em relação à atenção à saúde dos trabalhadores.

O trabalho de campo, na análise documental, demandou um mapeamento da configuração dos conteúdos manifestos nos documentos, permitindo o estabelecimento de parâmetros e de itens importantes na constituição do *corpus* a ser analisado. Além disso, a leitura dos documentos favoreceu o encontro das condições explicativas e determinantes do contexto político e sócio-econômico da empresa escolhida para estudo.

Essa técnica foi adotada em função do rigor e da profundidade que exige, no processo de interpretação dos dados, possibilitando

a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado na análise das leis, programas, projetos, relatórios, atas, entre outros e, sobretudo, no momento da articulação destes com os dados obtidos nas fases anteriores, com base nas possíveis contradições detectadas nas idas e vindas entre o trabalho com os textos e o trabalho de campo realizado com os sujeitos, nas entrevistas e observações” (MINAYO, 2000, p. 74).

Adotou-se a técnica da **entrevista** por ser este um estudo em que se busca apreender conceitos e significados. Essa modalidade foi escolhida pelas suas qualidades interacionais e pela possibilidade de aproximação que viabiliza (RICHARDSON, 1999). Optou-se por esse procedimento na coleta de dados por ser uma das técnicas de pesquisa mais ricas e flexíveis, conforme Ludke e André (1986), Gil (1995) Trivinos (1995), e Patrício (1996)¹ e também porque se trata de um componente importante, tal como a observação participante, na realização de pesquisas do tipo qualitativa. Segundo Minayo (1994), essa técnica

é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (p. 57).

Constituída a partir das palavras, “entre” e “vista”, que denotam uma estreita relação entre as pessoas, o termo “entrevista” refere-se ao ato de perceber realizado entre duas pessoas. Portanto, aqui é interpretada como um diálogo, ou conversa a dois, com propósitos bem delineados.

A modalidade utilizada foi a entrevista semi-estruturada mediante os questionamentos básicos originados dos pressupostos do estudo, incorporando também as novas idéias que foram emergindo a medida que chegavam as respostas do informante.

Trivinos (1995) ressalta que essa modalidade de entrevista se presta a situações de pesquisa nas quais há um variado universo de sujeitos representando diferentes papéis num mesmo contexto ou em contextos variados, favorecendo a apreensão de dados, a partir de um roteiro norteador que vai sendo adaptado de acordo com as respostas obtidas.

Essa modalidade poderá ser convertida em entrevista orientada, de acordo com Richardson (1999). Nesse caso, as opiniões, comportamentos e motivos a explorar são objetos de um estudo exploratório prévio a partir do qual são formuladas questões e

para cada uma delas, são elaborados tópicos norteadores para exploração a partir da pergunta inicial.

Procurou-se realizar as entrevistas, sempre que possível, em um local reservado e também no próprio ambiente de trabalho, de acordo com as condições oferecidas pela situação de trabalho sendo solicitada autorização para gravação das mesmas.

Na prática, as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, sendo que no caso dos gestores, era feito um agendamento prévio, mas, no caso dos carteiros e operadores de triagem, houve grandes dificuldades para agendar a entrevista, pois os mesmos não tinham controle sobre o processo de trabalho. Então, a solução adotada nesse caso pela pesquisadora foi manter uma rotina de permanência nos setores e aguardar para ver quem estaria disponível em cada momento do dia, o que resultou em algumas tentativas frustradas e vários momentos de incerteza, confusão e até mesmo constrangimentos, pelo caráter inusitado da experiência.

A observação, neste estudo, foi uma técnica de grande importância na coleta de dados, esclarecendo fenômenos difíceis de serem apreendidos pela entrevista. Nesse caso, realizou-se nos microcontextos em que o tema saúde era tratado, como o atendimento ambulatorial, a ginástica laboral e os exames periódicos, momentos estes em que a pesquisadora registrou os dados coletados nas notas de campo, buscando, através das reflexões que emergiram devidamente registradas no espaço destinado às notas do pesquisador, apreender os conceitos e concepções norteadores das ações desenvolvidas.

Minayo (1994) comentando sobre essa técnica, afirma que sua importância “reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (p. 60).

A observação participante realizada no contexto das práticas foi concomitante às entrevistas informais orientadas pelos pressupostos do estudo, às informações sobre o processo de trabalho dos sujeitos e às interações do momento e sua percepção da prática desenvolvida.

Os microcontextos selecionados para observação foram:

- a) o cotidiano de trabalho e sua rotina de tarefas, demandas e atividades para conhecimento das exigências físicas, psicológicas e cognitivas dos trabalhadores sujeitos das práticas de saúde concebidas na empresa;
- b) as sessões de Ginástica Laboral no local de trabalho, por ser esta uma modalidade utilizada como estratégia de promoção à saúde comum às empresas que têm o perfil delineado para este estudo, e também uma prática com frequência regular e aceita pelas empresas como estratégia de promoção à saúde;
- c) o atendimento ambulatorial incluindo as consultas por demanda do trabalhador, e os atendimentos por demanda da empresa que são os exames periódicos, admissionais e demissionais.

Todos os instrumentos de coleta de dados tiveram como eixo norteador um roteiro temático voltado às seguintes questões:

- a) conceito de saúde;
- b) relação saúde-trabalho;
- c) saúde do trabalhador;
- d) programas de saúde nas empresas e suas práticas;
- e) promoção da saúde.

A perspectiva holístico-ecológica norteadora deste estudo concebe os contextos acima mencionados como fenômenos situados como instâncias privilegiadas do todo organizacional, que, mesmo enquanto partes, preservam as características principais desse todo e informam sobre os seus conceitos de saúde. Buscou-se a articulação desses fenômenos com o todo, com vistas a delimitar para aprofundar, com o constante cuidado de não fragmentar.

Tais práticas foram eleitas como objeto de análise deste estudo por serem consideradas instância privilegiada na identificação das concepções que norteiam o enfoque dado à saúde nessa empresa e por representarem uma possibilidade de estabelecer uma relação entre as concepções de saúde que lhes dão suporte e as percepções dos trabalhadores a quem se destinam.

Em alguns casos, solicitou-se um segundo momento com o sujeito para esclarecimento ou aprofundamento de algumas questões que não puderam ser abordadas no momento da observação, o que era feito sob a forma de entrevista.

Os dados foram registrados, de acordo com Patrício (1990), em um **Diário de Campo**, constituído das **notas de campo**, com o registro do contexto físico dos diálogos, entrevista e dados observados, e **notas do pesquisador**: percepções, sentimentos e reflexões que emergiram do processo de pesquisar. Uma análise preliminar foi sendo realizada concomitantemente à coleta de dados no espaço do diário de campo destinado a ela, alinhada com os princípios da pesquisa qualitativa que preconizam o desenvolvimento do tema de forma gradual, de maneira que as notas de campo e reflexões do pesquisador pudessem orientar a próxima coleta, bem como a sua interpretação e compreensão.

Assim, as primeiras análises ainda no campo foram perpassadas pelo constante movimento de ir e vir entre os dados empíricos e o referencial teórico do estudo, incorporando contribuições do referencial do cuidado holístico-ecológico (Patrício, 1996) e da perspectiva hermenêutico-dialética, preconizada por Minayo (2000), no sentido de

- a) abordar o contexto dos entrevistados ou dos documentos a serem analisados como expressão de um saber compartilhado com outros, contemplando os aspectos subjetivos, culturais, cognitivos e históricos;
- b) reconhecer os atores sociais como co-responsáveis pelo contexto do estudo;
- c) tomar posição em relação aos dados respeitando a natureza e a “verdade” do outro, sem querer dar a última palavra;
- d) respeitar a historicidade dos sujeitos e relativizar as descobertas situando-as no seu *locus* e momento próprio.

Foram realizadas repetidas leituras norteadas pelo referencial teórico e pelos objetivos do estudo, buscando-se responder aos objetivos específicos delineados e com o olhar voltado à compreensão da relação entre as concepções subjacentes às práticas de saúde na empresa em estudo e as percepções de saúde de seus trabalhadores.

O delineamento geral da análise foi feito de acordo com o desenho investigatório abaixo, que procura, a partir das grandes categorias de análise, abranger as dimensões e instâncias em que os conceitos e práticas de saúde podem ser encontrados.



Essas categorias de análise funcionaram como temas geradores de categorias empíricas relacionadas à pergunta de pesquisa, a partir das técnicas de observação, entrevista e leitura reflexiva dos programas e documentos norteadores das práticas de saúde, dando maior visibilidade ao objeto do estudo e norteando o processo de análise-reflexão-síntese posterior.

Esta técnica de análise preconizada pelo método do referencial holístico-ecológico contempla a não-linearidade, e até a possibilidade do caos, no início do exercício de análise. Integra a leitura intuitiva e analítica dos dados, pois é essa que dá conta de melhor atender a pressupostos dos novos paradigmas. A análise nesse método se utiliza da intuição reflexiva e criativa. Através desse movimento, busca-se identificar categorias e temas, mas, tendo como base o olhar sintético e construtivo das teorizações que emergem, ou que se explicitam, que se fundamentam através da leitura de análise-reflexão-síntese e da interligação de todos os dados. (PATRICIO, 1999, p. 52).

O processo de sair do campo realizou-se com a diminuição gradual dos contatos, concomitantemente à validação das impressões geradas pelo processo de análise final dos dados, não havendo uma despedida formal, mas despedidas graduais (PATRÍCIO, 1999).

A devolução dos dados far-se-á através de apresentação-comunicação aos participantes trabalhadores, dirigentes e não dirigentes, abrindo-se espaço para debate e reflexão conjunta dentro da proposta dialógica deste estudo, em reunião do grupo conforme a disponibilidade dos sujeitos ou a partir de outras condicionantes que o estudo possa trazer, com oferecimento de ajuda e acompanhamento dos desdobramentos originados pelas constatações e descobertas do estudo. Essa apresentação será feita após a apresentação do relatório de pesquisa na ocasião da defesa da tese proposta. Como o processo de devolução pode gerar novos dados e até uma necessidade de maior aprofundamento do que foi feito através de um novo estudo, será tomado o cuidado de deixar a “porta aberta” para futuros contatos.

A apresentação dos resultados expressa a descrição da realidade encontrada e o exercício de análise que integrou o conteúdo empírico das grandes categorias contidas no objetivo, numa reflexão apoiada no referencial teórico de entrada e em outros autores pertinentes aos temas emergentes.

4 DESCRREVENDO A REALIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS SUJEITOS TRABALHADORES: CENÁRIO DA RELAÇÃO SAÚDE-TRABALHO

4.1 HISTÓRICO E CARACTERÍSTICAS DA EMPRESA

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (EBCT), vinculada ao Ministério de Comunicações, tem a sua natureza jurídica definida como empresa pública da administração indireta, com atuação em todo o território nacional. É filiada à União Postal Universal (UPU), com sede em Berna, Suíça, o que lhe permite prestar serviços internacionais através de acordos entre as demais filiadas.

A EBCT foi criada em 20 de março de 1969, através do Decreto Lei nº 509. Antes da sua criação, o serviço postal era assegurado pelo Departamento de Correios e Telégrafos, que não dispunha de recursos materiais e humanos para suprir as novas necessidades do público usuário.

O surgimento da EBCT marcou uma tomada de consciência, pelos poderes públicos, da importância das comunicações dentro do contexto de desenvolvimento do país. Criada com capital exclusivo da União, é uma empresa pública, de direito privado, que está sujeita a normas e controle estatal, com orçamento próprio. A EBCT está organizada com uma Administração Central (AC), situada em Brasília, e 24 (vinte e quatro) Diretorias Regionais (DRs) localizadas em capitais de Estados. Tem, portanto, como interlocutores o governo, os fornecedores e a sociedade. A empresa, no decorrer da sua história, vem adotando várias medidas voltadas à renovação da sua estrutura, com utilização de modernas técnicas administrativas e operacionais para, continuamente, satisfazer os clientes, movimentando-se em harmonia com as mudanças cada vez mais aceleradas desse novo momento mundial que é o da globalização.

Na Administração Central, encontram-se o Conselho de Administração e da Diretoria, o Conselho Fiscal e a Administração Setorial com seus respectivos Departamentos. O Conselho de Administração exerce a administração superior da empresa e é constituído do Presidente da empresa e de mais cinco membros

nomeados pelo Presidente da República. O conselho tem como atribuições, fixar a orientação geral dos negócios da empresa, aprovar o orçamento, contas gerais e demonstrativos.

A Diretoria é o órgão executivo da empresa e é constituída pelo Presidente e por seis diretores. A ela compete entre outras atribuições exercer a supervisão e o controle das atividades operacionais e administrativas da empresa, baixando os atos normativos necessários à orientação dessas atividades.

Na Administração Setorial, os Departamentos - órgãos de planejamento, elaboração de normas, coordenação e controles setoriais são dirigidos por chefes supervisionados pelo respectivo membro da Diretoria ao qual estão vinculados. Já na Administração Regional, as Diretorias Regionais são órgãos encarregados de executar, em âmbito regional, os serviços a cargo da empresa.

As Diretorias Regionais têm sua área de atuação correspondente aos limites geográficos dos seus respectivos estados, ou seja, Diretorias Regionais do Ceará, Piauí, Maranhão, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, São Paulo/Interior, São Paulo/Metropolitana, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Missão

A empresa existe para interconectar pessoas e organizações no Brasil e no mundo, garantindo o atendimento de suas necessidades de serviços de correios.

Visão

Os Correios se vêm atuando em nível global como um dos principais operadores no mercado postal internacional, liderando o mercado nacional expandindo negócios na América Latina, como uma empresa ágil e dinâmica, com inovação permanente em seus serviços e agregando continuamente valor tecnológico aos seus produtos e processos com alta competitividade em cada uma de suas áreas de negócio e com elevada consciência e contribuição social. Além do atendimento às expectativas de rentabilidade aos acionistas, a empresa, com forte imagem institucional, preconiza a

importância de um ambiente de trabalho que satisfaça às necessidades de seus colaboradores, e a defesa do meio ambiente, e se vê como uma empresa que aprende continuamente.

Valores

Os Correios valorizam:

- a) competitividade;
- b) o cumprimento dos compromissos assumidos com os clientes;
- c) a constante melhoria da qualidade;
- d) a ética em seus relacionamentos;
- e) o bom relacionamento com parceiros, fornecedores, clientes e concorrentes;
- f) o comprometimento dos colaboradores com a obtenção de resultados;
- g) a iniciativa, participação e criatividade;
- h) o constante aprendizado como forma de geração de conhecimentos;
- i) desenvolvimento profissional e pessoal;
- j) a preservação do meio ambiente;
- k) a responsabilidade pública e a cidadania com apoio às ações comunitárias, à saúde, à cultura, à educação e ao esporte.

Políticas Organizacionais

As políticas da organização têm como objetivos norteadores:

- a) alinhar as ações de educação tecnológica. Incentivar o desenvolvimento pessoal e profissional dos empregados da empresa, destinando no mínimo 1% da receita operacional para essa atividade;
- b) vincular os desempenhos individuais aos resultados esperados pela empresa;
- c) renovar continuamente os produtos e serviços da empresa;
- d) elaborar estudo de viabilidade técnica, mercadológica e econômico-financeira para todos os projetos de investimento;

- e) priorizar projetos por sua importância estratégica e por sua rentabilidade. Investir em imóveis o estritamente necessário para manutenção das atividades da Empresa;
- f) buscar o adequado equilíbrio entre recursos próprios e de terceiros na composição dos investimentos da Empresa, em função das condições internas e do mercado financeiro;
- g) avaliar as atividades da Empresa, de forma a identificar aquelas passíveis de terceirização com base nas sinergias que mantêm com as principais atividades e na sua relevância para a manutenção e desenvolvimento dos negócios da Empresa;
- h) construir marcas fortes para os produtos da Empresa. Gerir a Empresa com base nos critérios de excelência do Prêmio Nacional da Qualidade;
- i) estruturar sistema de segurança empresarial de forma integrada, contemplando a segurança das pessoas, a postal, a físico-patrimonial e a das informações.

Correios no Paraná

O Paraná, apesar de ser um dos mais novos estados da Federação, não esteve fora das rotas de comunicações que se implantaram no Brasil.

Dada a sua posição geográfica, foi passagem obrigatória das vias de comunicações terrestres que, partindo da Sede do Governo Central, demandavam o Sul do País, sempre carente de ligações, por força da situação frontal com os povos da região do Rio da Prata.

Assim, pelo Paraná, passavam as tropas, verdadeiras comitivas que, oriundas do Rio Grande do Sul, buscavam a Feira de Sorocaba, levando consigo as notícias e estabelecendo o comércio entre as duas regiões.

A história dos Correios no Paraná começou a ser escrita em 1800, mais precisamente em 14 de outubro daquele ano, com o estabelecimento das linhas postais entre São Paulo e as vilas de Paranaguá, Itu e São Sebastião.

Assim, Paranaguá foi a primeira localidade do Paraná servida por linha regular de Correio oficial por apresentar maior facilidade do meio de transporte, que era, no caso, o marítimo. Essa situação perdurou por alguns anos.

O surgimento de uma linha postal desde Sorocaba, em 24 de setembro de 1828, possibilitou a criação dos Correios Públicos na Vila de Curitiba. Em 19 de dezembro de 1853 é criada a Administração Postal do Paraná, com a responsabilidade de supervisionar todos os serviços executados na Província. Dois séculos se passaram desde o início da atividade de correios no Paraná, e atualmente as perspectivas de crescimento da atividade postal e do surgimento de novas modalidades de serviços são ilimitadas.

Estrutura Administrativa

A Diretoria dos Correios no Paraná é uma das 24 representações regionais da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos com atuação em todo o estado.

A Regional tem, em sua estrutura, a Direção, quatro Coordenadorias Regionais (de Suporte, de Negócios, de Operações e de Recursos Humanos), quatro assessorias (Comunicação Social, Técnica, Planejamento e Gestão e Jurídica) e 13 Gerências (Contabilidade e Controle Financeiro, Atendimento, Recursos Humanos, Relações no Trabalho, Administração, Transportes, Inspeção, Comercial, Desenvolvimento de Mercado, Operações e Logística, Produção, Engenharia e Sistemas e Telemática). Atenta ao princípio de descentralização do processo de tomada de decisões, a Diretoria é composta de seis Regiões de Vendas (sediadas em Curitiba, Região Metropolitana, Ponta Grossa, Cascavel, Maringá e Londrina). Em sintonia com a realidade atual, a Administração Regional tem trabalhado no aperfeiçoamento e na informatização dos métodos operacionais, na melhoria e humanização das instalações e no desenvolvimento de um programa de recursos humanos valorizando o treinamento e a integração (inclusive com programas externos envolvendo portadores de deficiência física, adolescentes e estagiários).

A infra-estrutura conta com a rede de atendimento de acesso direto do público atacadista e varejista de serviços de correios e demais serviços agregados; a rede operacional que corresponde às operações internas de tratamento da carga postal; e a infra-estrutura geral de Curitiba, sede da Diretoria Regional da ECBT no Paraná.

A rede de atendimento é composta de:

- 69** Postos de Correios;
- 433** Agências Comunitárias;
- 365** Agências Próprias;
- 103** Agências Franqueadas;
- 11** Agências de Correios Satélite;
- 14** Lojas de Conveniências;
- 1** Agência Filatélica;
- 162** Agências de Bancos Postais;
- 1** Centro de Serviços Telemáticos;
- 1.407** Postos de Venda de Produtos;
- 2.000** Caixas de Coleta;
- 2** Correios Conveniência e
- 11** Máquinas de Auto-Atendimento.

Constam da rede operacional:

- 52** Centros Operacionais, sendo
- 04** Operacionais,
- 03** De triagem,
- 43** Centros de Distribuição Domiciliária e
- 02** Centros de Tratamento de Cartas e Encomendas.
- 06** Terminais de Cargas, sendo:
- 05** Terrestres e
- 01** Aéreo.

A infra-Estrutura em Curitiba é composta de:

- 14** Agências Próprias;
- 45** Agências Franqueadas;
- 1** Agência Filatélica;
- 1** Posto de Correio;
- 431** Postos de Venda de Produtos;
- 846** Caixas de Coleta;
- 19** Centros Operacionais;
- 1** Terminal de Carga Terrestre;
- 1** SAC;
- 4** Lojas de Conveniências;
- 1** Correios - Conveniência; e
- 2** Máquinas de Auto-Atendimento.

Perfil dos Correios no Paraná

Atuando como uma Regional de vanguarda, a DR Paraná tem buscado permanentemente dar sua parcela de contribuição para que os Correios mantenham sua liderança entre as instituições mais confiáveis do país.

Para tanto, além de investir na atualização de suas unidades operacionais em todo o Estado, a Regional intensificou programas de treinamento e de desenvolvimento pessoal, estreitando ainda mais os laços de cumplicidade do corpo funcional com as diretrizes da Empresa.

A inauguração do Complexo Operacional e Administrativo de Curitiba foi o primeiro passo para o processo de mecanização da triagem, responsável pelo grande salto de qualidade dos Correios do Paraná.

Ramo de Atividade e Grau de Risco

A Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos (ECT), Diretoria Regional do Paraná, sediada à Rua João Negrão, 1251 - Rebouças, Curitiba/PR, CEP 80002-900, CNPJ nº 34.028.316/0020-76, Inscrição Estadual nº 10.120.972-51, com atividades de correio nacional, tem a sua Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) de código 64.11-4 e grau de risco 2, de acordo com o “Quadro I” da Norma Regulamentadora NR4.

4. 2 O PROCESSO DE TRABALHO NOS CORREIOS

A apreensão do processo de trabalho dos sujeitos do estudo foi realizada por meio das observações de campo e descrição das tarefas e atividades, por parte de gestores, supervisores e dos próprios operadores em entrevistas informais, na sua maioria, concomitantes às observações. Para o levantamento desses dados a pesquisadora permaneceu na empresa por um período de seis meses, intercalando visitas de observação, e entrevistas individuais, com momentos de transcrição das entrevistas, e sistematização do conteúdo das observações para o diário de campo.

A permanência no campo demandou muito esforço e persistência por parte da pesquisadora devido às intercorrências que fazem parte da rotina de trabalho de uma grande empresa.

Descrição das Tarefas e Atividades

As pessoas estão acostumadas a receber cartas e encomendas em sua casa e em geral associam a imagem dos Correios com a figura do carteiro. O carteiro é assim, a figura mais representativa da empresa. Ele é o elo final de uma cadeia de ações que resultam na entrega das cartas e encomendas no seu destino final. Essa cadeia se

inicia com a chegada das encomendas em *containers*, que são descarregados manualmente na unidade central e colocados em *palets*, estrados de madeira onde são encaixados os sistemas hidráulicos de levantamento da carga, que é então levada para a triagem pelos OTTs (operadores de triagem e transbordo). Esses operadores estão distribuídos em três postos de trabalho: a **indução**, a **digitação** e o **desabastecimento**.

O processo realizado nesses três postos, operados tanto por homens quanto por mulheres, consiste na triagem das cartas e encomendas para o seu destino. Depois de realizados esses três processos, as cargas e cartas são novamente colocadas em caminhões e kombis e levada ao seu destino final. Os OTTs fazem rodízio entre os postos de indução e digitação, enquanto que os operadores das rampas de desabastecimento permanecem nesses postos por uma jornada diária de oito horas.

As atividades do setor de indução são consideradas, tanto pelos operadores como pelos supervisores e gerentes, as de maior carga física, pois ali é necessário retirar as cargas dos *palets* e colocá-las em uma esteira na qual seguirão até o posto de digitação em que são feitas a leitura ótica e digitação dos dados referentes ao destino final. Imediatamente em seguida, a carga é direcionada para uma das rampas de desabastecimento, onde cai em uma plataforma e é recebida por um operador que faz o seu transporte manual até um novo *palet*, que será levado para novo embarque e destino final para os bairros da cidade e municípios do Estado. O processo de indução, digitação e desabastecimento são parcialmente mecanizados com o uso de esteiras rolantes que levam a carga de um posto a outro. No entanto, a retirada e a colocação da carga nos “palets” são feitas com considerável esforço manual, pois, apesar de a recomendação das normas de segurança ser de não ultrapassar o limite de 15 kg, há cargas que chegam a ultrapassar os 18 kg.

O processo de **trabalho dos carteiros** consiste na coleta, ordenação, conferência e triagem de cartas e encomendas recebidas do Setor Operacional onde trabalham os OTTs, e também na sua entrega nos domicílios. O trabalho é exercido em ambiente fechado pela manhã, quando é realizada a triagem do material no CDD (Centro de Distribuição Domiciliar) CDD. O trabalho interno é feito em equipe, e o externo é individual: o carteiro percorre as ruas da cidade, onde ele está sujeito às

alterações climáticas e aos riscos inerentes à função, como mordidas de cachorro, lesões de joelhos e tornozelos por caminhar em vários tipos de terreno, dores musculares, fadiga generalizada e riscos imprevisíveis relativos à segurança dos mais diferentes destinos de entrega. As queixas mais freqüentes se referem, por ordem de importância atribuída por eles, à fadiga muscular, pelo trajeto percorrido que é em média de 15 a 20 km diários, mordedura canina, variações climáticas e lesões nas articulações. Os carteiros que trabalham no SEDEX, o serviço mais rápido da Empresa, se utilizam de motocicletas para realizar entregas, expondo-se, nesse caso, aos riscos de acidentes de trânsito.

Os sujeitos foram contatados tanto em situações de entrevista formal como em situações de observação nas quais o diálogo emergiu dentro de um contexto de trabalho ou prática de saúde em que as perguntas eram feitas de acordo com o roteiro de entrevista e sempre norteadas pelos objetivos do estudo.

Não foram poucas as dificuldades no acesso aos carteiros e OTTs, apesar de plena concordância das chefias quanto ao acesso aos locais de trabalho e abordagem dos funcionários em seu próprio setor. Em ambos os setores as atividades têm horários preestabelecidos, e um controle rígido de tempos e prazos, de acordo com as exigências dos clientes, ou intercorrências do cotidiano, como atrasos na chegada da carga, variações climáticas e outras causas.

No caso dos OTTs a triagem e transbordo de cartas e encomendas necessita ser feita até um determinado horário, independentemente da quantidade que chega a cada dia, estando ainda sujeitos aos atrasos na chegada devido a imprevistos no transporte, o que implica aceleração no ritmo de trabalho, pois a empresa prioriza o cumprimento dos horários de entrega à sua vasta gama de clientes. As exigências de horário e suas oscilações são repassadas aos carteiros, pois a carga trabalhada pelos OTTs, segue para os CDDs, para ser reprocessada dentro de horários ainda mais rígidos.

Foi observado, em ambos os setores, grande preocupação dos operadores com o horário e relutância em parar para conversar comigo ou marcar entrevista, pois em seu horário de trabalho há uma supervisão constante feita pelo olhar das chefias imediatas, o que dificultou um pouco os contatos iniciais.

Após refletir sobre qual o melhor local para entrevistas individuais, optou-se por fazê-las no próprio local de trabalho, sempre que possível procurando um local reservado, porém no próprio setor, pelo fato de a maior parte dos carteiros e OTTs morar, em média de 15 a 20 km de distância do local de trabalho e querer preservar suas horas de descanso sem falar de trabalho.

No caso dos gestores, não houve dificuldades com relação a local, horário ou tempo dedicado às entrevistas. Apesar de haver sempre uma demanda de trabalho acentuada, a autonomia desses profissionais lhes permite mudar sua rotina de trabalho e abrir espaço para outras atividades na maior parte das situações.

As incursões no campo junto a gestores e trabalhadores foram, portanto, norteadas pelas características do processo de trabalho e seu contexto, e a organização do trabalho em cada caso. Essas peculiaridades condicionaram as formas de operacionalizar o método.

No caso dos trabalhadores, as entrevistas foram quase sempre concomitantes à observação e tiveram menor duração, mas nem por isso foram menos ricas em dados, pois o seu pano de fundo, quase sempre o processo de trabalho ou o próprio ambiente do setor, fornecia constantemente motivo para exemplos ou esclarecimentos. Junto aos gestores foi realizada a entrevista em ambiente reservado, permitindo o aprofundamento das questões e possibilitando o conhecimento da política de saúde da Empresa.

Para equacionar as necessidades e demandas geradas pelo processo de trabalho com relação às sobrecargas impostas ao organismo dos operadores, a empresa adota o referencial da NR 17, (Norma Regulamentadora em Ergonomia, da Portaria 3.751, de 23/11/90, do Ministério do Trabalho e Emprego). Essa norma orienta para que as condições de trabalho sejam adequadas às condições psicofisiológicas dos operadores, visando à preservação da saúde humana e manutenção de níveis adequados de conforto ambiental. Do ponto de vista normativo, estabelece como condições de trabalho os aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, mobiliário e equipamentos, condições ambientais e organização do trabalho, e recomenda que o seu cumprimento esteja atrelado ao procedimento de

análise ergonômica do trabalho, devendo estar abordar, no mínimo, as condições de trabalho estabelecidas nessa NR.

Por se tratar de um assunto complexo que envolve conhecimento e reconhecimento de muitas variáveis que incidem sobre a relação entre o homem e o seu trabalho, a Ergonomia opera numa linha de tensão dada pelo questionamento que faz a cada instante do modelo de racionalidade produtiva vigente, buscando incluir o ser humano no processo de trabalho, não como um recurso da produção, mas como produtor e determinante dos rumos desse processo.

Do ponto de vista normativo, e de acordo com os dicionários, a Ergonomia é vista como um conjunto de estudos que pretende organizar o trabalho em função da finalidade concreta e das relações entre o homem, a máquina e seu posto de trabalho. A ação ergonômica, porém, quando desencadeada, amplia-se e extrapola, por sua própria definição, os seus próprios limites. Ela passa a ser uma técnica social, que visa a recuperar as relações intrínsecas entre os produtos consumidos, as atividades de trabalho necessárias para sua materialização, e as relações de trabalho e sociais que são parte do contexto produtivo.

A normatização da ação ergonômica instituída pelos parâmetros mínimos da NR 17 reduz a sua complexidade e abre espaço para sua interpretação e aplicação por profissionais da área de Segurança e Medicina do Trabalho, independentemente da sua formação na área específica da Ergonomia, fato observado na empresa do estudo, que não tem na sua equipe de gestão da saúde a figura do ergonomista. As ações relativas à Ergonomia, ficam, na Empresa, a cargo dos técnicos, engenheiros de segurança e médicos do trabalho.

Nessa perspectiva, desgastes impostos ao organismo dos trabalhadores e originados do processo de trabalho são alvo de intervenções pontuais, como adaptações de mobiliário, uso de equipamentos de proteção individual, como cintas lombares para a coluna, redução dos limites de carga em algumas situações, todas porém descontextualizadas da situação de trabalho como um todo. Como exemplo dessas práticas, pode ser citado o caso do calçado utilizado pelo carteiro, resultado de uma pesquisa exaustiva realizada em 1999, baseada em consultas à literatura técnica

e enquetes por amostragem com funcionários, para que se chegasse a um calçado mais próximo do ideal. A pesquisa, sem dúvida, contribuiu, segundo a empresa, para aprimoramento desse equipamento de trabalho, sendo aprovada por grande parte dos usuários, mas a obrigatoriedade da padronização deste equipamento para todo o país, desconsiderando suas diferenças e peculiaridades regionais e culturais, faz com que em algumas regiões ele seja considerado inadequado pelos carteiros.

Nesse sentido, considera-se que o olhar da Ergonomia e a possibilidade de incorporar a visão do trabalhador sobre a sua atividade de trabalho ainda carecem de espaço nas ações da Empresa. Assim, faz-se necessário considerar as diferentes percepções através de uma problematização dialógica, fazendo emergir questionamentos sobre as representações acerca da técnica, do trabalho e do próprio homem no interior de uma situação produtiva.

4.3 A POLÍTICA DE SAÚDE DA ORGANIZAÇÃO

Por ser uma empresa estabelecida em todo o território nacional, as ações relativas à saúde são concebidas pelo Departamento de Saúde (DESAU), em Brasília, e disseminadas para as unidades regionais, que por sua vez as repassam para os municípios. Todas as políticas desenvolvidas e ações resultantes das mesmas acontecem de forma simultânea em todo o território nacional de acordo com um calendário único, ou seja, cada unidade representa, em uma escala menor, um modelo das políticas de saúde praticadas na Empresa como um todo.

Os setores de Saúde e Segurança pertencem à mesma unidade que congrega os serviços de Saúde e Segurança do Trabalho, a Superintendência de Saúde (SUSAU). Nessa unidade funcionam os serviços de Medicina Assistencial, Medicina do Trabalho e Segurança do Trabalho, situados no mesmo andar do prédio e localizados de forma a facilitar a comunicação e acesso para os funcionários de ambos os setores. A segurança e a saúde do trabalhador estão dentro da mesma unidade administrativa, a Seção de Medicina Engenharia e Segurança do Trabalho.

Os serviços de Medicina e de Segurança do Trabalho funcionam de maneira integrada, no sentido de que as queixas são levadas ao médico e, ele julgando haver uma relação de nexos com o trabalho, encaminha o funcionário ao serviço de segurança para avaliar a possível relação das mesmas com o processo e condições de trabalho e encaminhar parecer ao médico, que fará as recomendações e os encaminhamentos necessários. O serviço de segurança conta com um coordenador, três técnicos de segurança e uma engenheira de segurança do trabalho. O serviço de Medicina do Trabalho conta com dois médicos pela manhã, e dois à tarde, que fazem os exames admissionais, demissionais, periódicos e avaliações de casos de acidentes de trabalho e queixas ocupacionais. Além dos médicos, a equipe de saúde conta com uma enfermeira do trabalho e uma auxiliar de enfermagem.

A empresa preconiza um modelo de atenção à saúde voltado não apenas ao funcionário, mas aos seus familiares e comunidade mais próxima, esperando que ele seja um elemento disseminador dos conceitos veiculados na empresa.

Quando nós falamos de alimentação ao empregado, não é porque acreditamos que a alimentação seja importante só para o ambiente de trabalho, mas para sua vida como um todo. Busca-se, assim, não só a proteção, mas também a promoção da saúde (Gestor 2).

As ações de saúde promovidas pela Empresa são desenvolvidas nos âmbitos individual e coletivo. **As práticas individuais** são representadas pelo atendimento ambulatorial, consultas médicas, exames periódicos, e exames admissionais e demissionais.

As práticas coletivas, que incluem a atenção comunitária, são desenvolvidas através de veículos e atividades como:

- a) a ginástica laboral, realizada por monitores funcionários da empresa, treinados por um educador físico para execução de exercícios no próprio setor de trabalho, no início de cada turno ou em horário que obedece às normas e possibilidades de cada setor;

- b) o *Paraná Postal*, que é um informativo destinado aos funcionários e familiares enviado via correio, com temas como tabagismo, hipertensão arterial, prevenção de acidentes, estímulo à atividade física, alimentação e hábitos de vida saudável, entre outros, e o Boletim Interno, que circula internamente em todos os níveis da empresa, tanto no formato impresso como em meios eletrônico pela Intranet;
- c) as atividades comunitárias são representadas pela SIPAT e pela Semana da Saúde e Qualidade de Vida. Nessa semana a empresa, através de *stands* montados em uma grande área, realiza atendimentos de saúde como exames de laboratório, atualização de periódicos, orientações sobre postura, alimentação, avaliação física e terapias alternativas como massagens, cromoterapia e também atividades lúdicas.

4. 4 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO INDIVIDUAL

O atendimento ambulatorial realiza-se no primeiro andar do prédio central da empresa, onde funciona o ambulatório de saúde separado do serviço de segurança do trabalho apenas por uma porta. Nesse ambulatório são feitos o atendimento de saúde geral e o atendimento de medicina ocupacional. O atendimento geral possui as especialidades de pediatria, ortopedia, oftalmologia, ginecologia e odontologia, realizado por médicos funcionários da Empresa. Já o atendimento em Medicina do Trabalho é feito pelos quatro médicos do trabalho, assessorados pela enfermeira e por auxiliar. Pelas dimensões e número de funcionários da empresa, são mantidos convênios de saúde com médicos e clínicas em outros locais da cidade, para que o funcionário não tenha sempre que se dirigir à unidade central. A uniformidade no atendimento, nesse caso, como preconiza a empresa, torna-se difícil, pois, segundo um gestor de saúde,

é difícil unificar as ações e manter contato com os profissionais, pois, além das questões éticas com relação ao colega médico, tem-se a escassez de profissionais, especialistas particularmente na área de medicina do trabalho (Gestor 1).

A uniformidade dos procedimentos torna-se mais difícil ainda nas outras cidades do Estado, pois alguns profissionais conveniados, para fazer os exames periódicos e admissionais, por estarem longe da unidade central, nem sempre trabalham afinados com a política da empresa e emitem pareceres e orientações que muitas vezes estão em desacordo com a orientação do DESAU. Essa situação é encontrada particularmente nos casos de concessão de benefícios, licenças e até mesmo casos de exames demissionais, nos quais o funcionário não pode ser dispensado quando é portador de alguma doença, particularmente as relacionadas ao trabalho.

As práticas de atendimento se dividem em duas grandes categorias: práticas por demanda do trabalhador e práticas por demanda empresa.

A análise inicial mostrou que nas **práticas por demanda do trabalhador**, o funcionário se dirige ao médico do ambulatório geral por estar sentindo uma dor ou desconforto, e pode ser encaminhado ao médico do trabalho quando o exame detecta alguma possível relação com sua atividade na Empresa. Nesse caso, se julgar necessário, o serviço de Medicina do Trabalho fará o contato com a segurança. Nos casos de acidente de trabalho em que já se configura onexo, o trabalhador procura diretamente o médico do trabalho, e então é feita a abertura da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho). Nos demais casos, o estabelecimento do nexo é realizado a partir de uma avaliação da segurança do trabalho. O nexo com o trabalho, portanto, é estabelecido a partir das informações dadas pela segurança do trabalho através da avaliação do posto de trabalho e exame médico. As sessões de observação foram feitas por um período de dois meses, no qual foram observadas situações variadas de atendimento, como a consulta por queixas corriqueiras e sazonais como gripes e resfriados até situações consideradas mais complexas pela Empresa e pelo trabalhador, por interferirem na capacidade de executar o trabalho.

As observações foram centradas nos atendimentos ambulatoriais da Medicina do Trabalho pela riqueza de dados que emergiram nas observações preliminares e pela diversidade interacional que propicia esse ambiente, em função de seus desdobramentos nos níveis gerenciais e no grupo de trabalhadores do setor, e das

repercussões no contexto de vida do sujeito trabalhador. A transcrição abaixo, de uma observação no ambulatório de Medicina do trabalho exemplifica a descrição dessa realidade:

O gerente do setor operacional está esperando para falar com o médico. O caso parece polêmico, pois o médico não quer afastá-lo pelo INSS e o gerente quer afastar, pois não há função para ele no setor.

Gerente – Olha, doutor, eu vim junto para acompanhar o caso e entender o que está acontecendo, pois a minha situação é complicada. Eu queria que o senhor entendesse o meu lado, onde eu vou colocar o funcionário? Eu já tenho muita gente encostada lá.

Médico – amigo, os peritos estarão na próxima semana em greve e vai ser necessário esperar por tempo indeterminado. Se eu afastar, ele não vai receber o salário em tempo.

O médico e o gerente permanecem argumentando sobre o caso, enquanto o sujeito motivo da polêmica assiste à discussão sobre ele e sua saúde.

Os pontos de vista e interesses conflitantes refletem as necessidades de dois universos de trabalho com conceitos e visões diferentes acerca do problema. Nesse momento, as atitudes e posturas corporais divergem: o gerente parece confiante e seguro de suas convicções e necessidades; o médico já busca argumentos de ordem burocrática, sem se reportar ao problema de saúde em si mesmo; e o paciente assiste passivamente à discussão, sabendo que não tem poder sobre uma decisão que lhe diz respeito (Diário de Campo, dezembro/2003).

Os argumentos não se referem ao caso e condições de saúde, ou ao diagnóstico, mas ao desdobramento no âmbito do processo produtivo e das necessidades da empresa.

A procura espontânea ao ambulatório é realizada quase que exclusivamente em situações de doenças ou sintomas que causem grande desconforto, ameaçando a execução das tarefas, sendo que os sintomas de baixa intensidade não constituem motivos de procura ao médico. Em geral os funcionários procuram o ambulatório quando estão se sentindo muito mal, como é o caso de *Pé de Vento* quando assim comenta:

Eu estou aqui hoje porque não posso me agüentar em cima da moto, então não posso trabalhar né?, eu só venho quando tô nas últimas.

Questionados sobre o atendimento do ambulatório, a maior parte dos funcionários manifesta satisfação, sempre comparando o serviço de atendimento à saúde da empresa com o que outras empresas oferecem, como no dizer de *Jó*:

Olha, a empresa aqui é boa, tem médico pra tudo, e pra família também. Se você comparar com as outras empresas é difícil achar outra assim.

Os pontos positivos se referem principalmente à estrutura física e à comodidade de poder dirigir-se ao ambulatório mesmo no horário de trabalho. Nesse caso, apesar de o trabalhador saber que as diretrizes da empresa garantem esse direito, é comum a ocorrência de tensões relativas à ausência do trabalhador no seu posto de trabalho, particularmente nos setores operacionais onde o trabalho tem um ritmo imposto pelas máquinas, e os horários são estabelecidos de forma mais rígida, como esclarece o gestor 4:

Eu tenho que ficar atenta, pois às vezes o setor liga e quer saber porque o funcionário ficou tanto tempo no ambulatório de medicina do trabalho. Nem sempre o chefe compreende a situação.

As **Práticas por demanda da empresa** consistem nos exames admissionais, demissionais e exames periódicos. Os periódicos foram objeto de observação neste estudo por se configurarem em momento estabelecido pela Empresa, para acompanhamento das condições de saúde do trabalhador, num contexto em que já existe uma relação empresa-empregado sujeita às determinações do que a empresa

estabelece como cuidados de saúde. Nessa ocasião, o médico avalia o paciente de acordo com um protocolo que inclui os principais indicadores de saúde, como pressão arterial, doenças crônicas, tabagismo, alcoolismo e ocorrências de saúde entre o último exame e o atual. Após o acompanhamento dos exames durante uma tarde, transcrevo a seguir a rotina de um exame periódico típico em dezembro de 2003:

Médico – Como está o seu joanete?

Paciente – Fiz uma cirurgia e agora o meu pezinho está perfeito, (mostra o pé).

Médico – O que mais você tem?

Paciente – Tenho problema no ligamento cruzado e só. Graças a Deus estou bem, os meus exames acho que estão normais.

O médico olha os exames de urina e pergunta se ela tem alguma ardência no canal urinário e se toma remédio para hipertensão e ela faz sinal negativo com a cabeça.

Médico – Mais alguma queixa de saúde?

Paciente – Não, só vou fazer um exame de varizes.

O médico preenche as guias e pede para a paciente sentar na cama depois de vestir um avental e mede a pressão arterial faz ausculta pulmonar, palpação nas costas abdômen e joelho, e verifica a movimentação do tronco, pedindo para dobrar o corpo para frente, rotina esta observada em todos os acompanhamentos realizados (Diário de Campo, dezembro/2003).

Tanto os exames periódicos, como os admissionais, estão baseados em um protocolo de avaliação voltado a itens específicos ligados às doenças, e aos exames para sua comprovação.

A análise dos protocolos utilizados nos exames periódicos, admissionais e demissionais revelou uma preocupação quase que exclusiva com os itens voltados às doenças já catalogadas como doenças profissionais ou às doenças metabólicas passíveis de serem detectadas por exames de laboratório. No questionário destinado ao trabalhador, o único ítem que contempla a dimensão subjetiva, se refere à satisfação no trabalho, mas isso aparece sob a forma de uma pergunta fechada. No atendimento ambulatorial por demanda do trabalhador, as queixas mais freqüentes são aquelas relacionadas ao processo de trabalho, como as dores de coluna nos operadores de

triagem, os entorses e dores musculares nos carteiros e o estresse originado pelas pressões cotidianas nos ambientes administrativos.

O encaminhamento dessas questões é feito a partir da visão dos especialistas que ocupam cargos nas empresas relacionados à saúde ocupacional, mas a percepção do trabalhador sobre a origem desses impactos na sua saúde não é considerada no momento de estabelecer o nexo.

Essas reflexões encontram eco na fala de Lírio:

Aqui eles só colaboram com a gente se houver uma lei lá. Só se tiver escrito na lei. Se você tiver um problema e seu problema estiver na lei tudo bem, se não, não.

Percebe-se assim, o “engessamento” das práticas, por se encontrarem estas, atreladas aos determinantes legais e às normas regulamentadoras. Desse modo, o conceito ampliado de saúde preconizado pela Empresa, no sentido de ir além da intervenção terapêutica, e divulgado como norteador de suas ações em saúde, não costuma se revelar na prática. Na fala dos gestores, também em alguns momentos evidencia-se essa contradição:

Uma consulta tem vários desdobramentos que remetem a várias instâncias de atendimento. Neste caso de abertura de CAT aqui, eu tenho que preencher guias para o Ministério do Trabalho, para a Empresa e para o sindicato. É muita papelada que acaba tomando boa parte da consulta. Mas faz parte do processo, tem que ser feito. É o que manda a lei (Gestor 2).

Essas práticas refletem o conceito biomédico de saúde, baseado no modelo da unicausalidade das doenças. No âmbito dessas práticas, há a propensão de isolar riscos específicos, atuando sobre suas conseqüências, “medicalizando” o encaminhamento das questões levantadas no exame ou associando-as a uma doença legalmente reconhecida. Portanto, a atenção à saúde conduzida pelo médico do trabalho e chefe

da equipe de saúde esgota-se na prática, nos clássicos exames de admissão, periódicos e demissionais. O seu objetivo mais explícito é verificar a aptidão dos trabalhadores para o exercício da sua profissão e manter a vigilância da sua saúde.

4.5 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO COLETIVO

A mais representativa prática coletiva de saúde na Empresa do estudo, é a ginástica laboral. Ela está implantada em todos os setores da empresa desde o ano de 2002. Essa prática é concebida pela empresa como:

uma combinação de atividades que promovem a saúde, melhoram as condições gerais para o trabalho, atuando na prevenção e terapêutica das patologias ósteo-músculo-ligamentares dos trabalhadores, e são elaboradas e programadas conforme a necessidade de cada área (Programa de Ginástica Laboral na EBCT, 2001).

A ginástica é realizada voluntariamente pelos colaboradores, (funcionários, estagiários, mão-de-obra alternativa e demais colaboradores) em tempo disponibilizado pela Empresa no próprio local de trabalho. Os exercícios são elaborados por um educador físico que realiza um treinamento para formação de monitores voluntários que se encarregam de comandar os grupos de ginástica diariamente nos respectivos setores. A duração estipulada das sessões é de 15 minutos diários seguindo um manual de exercícios elaborado pelo educador físico, com o compromisso de atualizá-los a cada três meses.

As observações das sessões de ginástica revelaram algumas diferenças com relação a sua operacionalização nos diferentes setores, como demonstram as transcrições das observações realizadas:

Ginástica Laboral na Gerência de Relações de Trabalho

Notas de Campo: Cheguei às 8hs.45min. Fui recebida pelo coordenador da segurança que estava terminando uma pequena reunião. Ele me comunicou que ginástica já

estaria começando, mas que eles não tinham um horário rígido e às vezes podia atrasar um pouquinho. O clima parecia tranqüilo e as pessoas foram aos poucos se colocando em círculo entre as mesas. Os exercícios eram explicados pelo instrutor ao som de uma música agradável e realizados por todos com variados graus de atenção. Alguns estavam concentrados, outros faziam os exercícios sem muita atenção, e os dois chefes do setor mantinham uma conversa ao mesmo tempo em que faziam a ginástica. Terminado o tempo, as pessoas se reuniram em pequenos grupos para conversas amenas, e alguns foram tomar água ou café (Diário de Campo, março/2004).

Ginástica Laboral no Setor Operacional.

Cheguei às 8h.45min, fui recebida pelos supervisores que me avisaram que a ginástica começaria logo em seguida. Foi feito um círculo em um espaço vago entre as máquinas, e a instrutora iniciou uma seqüência de exercícios com uma contagem em voz alta de 10 segundos para cada um. Os exercícios seguiam a seguinte seqüência: alongamento de ombro; alongamento de punho e cotovelo; rotação dos punhos; outro alongamento de ombro; exercícios de pernas; exercícios para os pés. A seqüência não chegou a 10 minutos e todos saíram quase correndo para seus postos de trabalho. A instrutora me explica: Hoje o serviço tá apurado, pois a carga chegou atrasada no aeroporto..

Ginástica no Centro de Distribuição Domiciliar

Cheguei às 9 horas, horário em que se inicia o turno. Os carteiros estavam batendo o ponto. Alguns se dirigiam para a ginástica; outros não. De um total de 24 funcionários, 14 foram ao local da ginástica. Ao me ver ali, pareceram um tanto surpresos. O instrutor foi procurar a apostila e iniciou a ginástica. Percebi que a minha presença os deixava um tanto constrangidos, procurando extravasar através de brincadeiras e piadas, que, no entanto, não atrapalhavam a ginástica. A exemplo do setor operacional, eles conversavam muito sem se concentrar nos exercícios. Havia uma contagem mecânica

do tempo dos exercícios em 10 segundos cada um, seguindo a mesma seqüência do setor operacional. Terminada a ginástica, todos foram para os seus postos de trabalho, sem muita correria, pois o dia prometia ser calmo.

A realização da ginástica laboral, no caso dos setores de base, como o centro de distribuição domiciliar, onde ficam os carteiros e no setor operacional, está subordinada às contingências do processo de trabalho que é regido por horários rígidos e muitas vezes imprevisíveis. No setor administrativo, observei que os exercícios são mais variados, havendo práticas de ginástica chinesa, yoga e exercícios de relaxamento, possibilitando um maior repertório de movimentos e vivências corporais. Outro aspecto importante observado foi, a diferença do ambiente físico onde se desenvolve a ginástica. Nos setores operacionais a ginástica é realizada em um pequeno espaço para acomodar grupos de 30 a 60 pessoas, o que acarreta constrangimentos visíveis, fazendo com que alguns prefiram não participar, além de restringir a livre movimentação e a realização de dinâmicas diferentes. A influência da organização do trabalho também se faz sentir na realização desta prática de saúde grupal, pois nos setores de base existe a figura do supervisor, a quem compete zelar pelo cumprimento dos horários, e que sempre procura trabalhar com uma certa folga para o caso de se ter imprevistos. Isso resulta numa constante pressão que é exercida de forma silenciosa através do seu olhar, o que pode se constituir motivo de constrangimento para alguns funcionários em realizar a ginástica nos dias em que há mais trabalho para fazer.

4.6 AS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ÂMBITO COMUNITÁRIO

A EBCT preconiza um modelo de atenção à saúde, voltado não apenas ao funcionário, mas também aos seus familiares e comunidade mais próxima, esperando que ele seja um elemento disseminador dos conceitos veiculados na Empresa.

Quando nós falamos de alimentação ao empregado, não é porque acreditamos que a alimentação seja importante só para o

ambiente de trabalho, mas para sua vida como um todo. (Gestor 1).

Com base nessas diretrizes, a Empresa revela uma preocupação com a sua imagem institucional, para que ela chegue à comunidade através de eventos comunitários.

O último relatório desse evento, realizado no período de 5 a 9 de maio de 2003, teve como tema “Futuro da Vida”: ambientes saudáveis para crianças, conforme preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O seu foco esteve centrado em ações direcionadas à criança, na busca de condições domiciliares saudáveis e prevenção de acidentes domésticos. Outro evento realizado é a Jornada da Saúde, que, segundo seus relatores tem revelado grande receptividade por parte de seu público-alvo, que são os colaboradores, seus dependentes e demais visitantes. Essa jornada tem sido conjugada com a Semana Interna de Prevenção de Acidentes, prevista anualmente na NR 05, cujo último tema foi: “Segurança e Saúde: toda hora o dia todo”.

Nessa modalidade de evento acontecem práticas voltadas à saúde em geral, como exames metabólicos, vacinas, controle de pressão arterial e também práticas mais específicas voltadas à prevenção de doenças profissionais, como é o caso da audiometria. O local da realização da Jornada de Saúde (edifício-sede), que fica no centro da cidade, a torna menos acessível a uma grande parte dos funcionários, representada pelos carteiros, pois a entrega de cartas costuma se encerrar por volta das 17h.30min, tornando quase impossível chegar ao local a tempo de usufruir dos benefícios oferecidos. No evento de 2003, exames e vacinas foram levados aos CDDs, juntamente com a apresentação de algumas palestras de cunho preventivista.

Para a empresa os objetivos da Jornada da Saúde são:

- a) conscientizar colaboradores e familiares da importância da prevenção através de hábitos e atitudes mais saudáveis de vida;
- b) promover ações de caráter preventivo aos empregados e seus dependentes, quanto aos cuidados com a saúde;

- c) incentivar os colaboradores e seus dependentes a se informarem sobre a prevenção de doenças;
- d) prevenir acidentes de trabalho e urbano;
- e) reforçar as ações dos Correios junto aos empregados na busca da melhoria na qualidade de vida no seu ambiente laboral;
- f) informar e proporcionar melhor qualidade de vida.

(Fonte: Relatório da III Jornada da Saúde e XXIV Semana Interna de Prevenção de Acidentes. DIRETORIA REGIONAL DO PARANÁ, Gerência de Relações do Trabalho e Subgerência de Saúde-Seção de Medicina Engenharia e Segurança do Trabalho. Maio de 2003)

Outro meio considerado pela Empresa como veículo de promoção à saúde é a revista *Paraná Postal*, informativo de periodicidade mensal que se destina aos funcionários, familiares e comunidade. Nele há uma seção destinada à saúde em que são publicadas matérias com temas variados, incluindo sempre informações e orientações. Uma análise dos exemplares do ano de 2003 e três primeiros meses do ano de 2004 evidenciou um predomínio de temas relativos a doenças infecto-contagiosas, doenças sexualmente transmissíveis, acidentes de trabalho e doenças crônicas como osteoporose, artrose e temas relacionados à saúde pública. O enfoque das matérias tem cunho epidemiológico e estatístico e uma linguagem prescritiva, com destaque para os sinais e sintomas das doenças, ao lado de normas e procedimentos de como devem ser tratadas, e com pouco destaque sobre como podem ser evitadas.

Os informes que versam sobre o tema saúde quase sempre aparecem atrelados ao termo “Qualidade de Vida”, que no caso costuma estar relacionado à ausência das doenças abordadas. Percebe-se também uma tendência a associar a ocorrência dos problemas abordados a fatores individuais e características dos seus portadores, particularmente nos casos de problemas relacionados ao trabalho, como é o caso das dores de coluna e posturas inadequadas. Esta é uma informação típica veiculada:

as dores nas costas são originadas pela má postura, falta de exercícios e falta de atenção com o corpo, portanto cuide-se e lembre-se que só

you can improve your physical condition (Paraná Postal, n° 45 maio 2003).

Além dessas ações, a Empresa procura fazer chegar a sua imagem até a comunidade por meio de programas já consagrados de integração, como é o caso do Festival da Canção e Encontro Artístico Cultural dos Funcionários, dos Jogos Internos dos Correios, do "Papai Noel dos Correios", desde 1992, como parte da sua política de responsabilidade social.

De maneira geral, o ponto de partida para elaboração das práticas de saúde na Empresa, sejam elas preventivas ou interventivas, é o referencial técnico-normativo (Normas Regulamentadoras), os documentos oficiais da OMS, da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e as diretrizes gerais da SUSAU em Brasília. Os programas e práticas de saúde têm o seu enunciado e justificativa delineados com base nesses documentos. A partir daí, são elaborados objetivos gerais e específicos para operacionalização em todos os setores, independentemente do processo de trabalho de cada um e de uma análise mais detalhada das demandas, tarefas e atividades realizadas, como preconiza a metodologia de análise ergonômica do trabalho, referencial de apoio utilizado para compreensão do trabalho neste estudo.

Uma análise do último relatório da Empresa referente à Jornada da Saúde realizada em maio de 2003, conjuntamente com a XXIV SIPAT, tornou possível, objetivos norteadores, apreender alguns enfoques dados às ações em saúde:

- a) promover ações de caráter preventivo aos empregados e seus dependentes, tanto na área médico-odontológica, quanto aos cuidados no que se refere à saúde;
- b) incentivar colaboradores e dependentes a se informarem sobre a prevenção de doenças;
- c) prevenir doenças em geral;
- d) prevenir acidentes no ambiente de trabalho e urbano;
- e) divulgar informações relativas à saúde e segurança;

- f) fomentar ações prevencionistas relacionadas à segurança e saúde no trabalho, através da conscientização e condicionamento, evitando a prática de atos inseguros;
- g) informar para proporcionar melhor qualidade de vida;
- h) reforçar as ações dos Correios junto aos empregados na busca da melhoria da qualidade de vida no seu ambiente laboral.

No item **a**, percebe-se a explicitação e destaque para as áreas hegemônicas da Medicina e Odontologia, sendo as demais áreas enquadradas no cuidado com a saúde, o que evidencia uma focalização nessas duas áreas e ao mesmo tempo, um olhar fragmentado, ignorando a estreita relação e a influência do cuidado com a saúde em qualquer sistema orgânico e áreas de atuação.

O item **f** traz, com a idéia de fomento, a possibilidade educativa, como componente primordial da promoção à saúde. Porém, esta se refere exclusivamente a ações preventivas e, curiosamente, se encontra associada aos métodos de conscientização e condicionamento dos trabalhadores, categorias antagônicas sob o ponto de vista da coerência quanto à resposta que se pretende obter quando se tem como objetivo fomentar ações e atitudes que levarão o trabalhador a assumir a parte que lhe cabe no cuidado com sua saúde.

A Empresa, quando se refere à coibição da prática de atos inseguros através de conscientização e condicionamento, reporta-se a uma visão predominante na área da Medicina do Trabalho e Higiene Ocupacional na qual o comportamento do trabalhador aparece como a principal causa dos acidentes, ignorando-se muitas vezes a inspeção e manutenção dos ambientes e utensílios de trabalho bem como bem melhoria das condições relativas a investimentos permanentes em segurança e saúde que vão além do espaço pontual das atividades das campanhas de saúde obrigatórias (VERTHEIN; GOMEZ e AFONSO, 2000; BRAGANÇA, 2002).

Chama a atenção, ainda, a alternância entre os termos “colaborador” e “empregado” para se referir ao trabalhador. Na nova linguagem trazida pela reestruturação produtiva, nos anos 80, fala-se em “colaborador” e “cliente interno” para se referir aos trabalhadores, em substituição ao termo “empregado”, utilizado nas

décadas anteriores e típico das relações de trabalho marcadas pelas figuras do patrão, supervisor e encarregado. Essas figuras e termos de referência hoje se encontram cada vez mais diluídos nas relações de trabalho, pois todos os colaboradores são clientes internos, inclusive os gestores, compondo uma linguagem que serve a um discurso filiado a ideais de participação e equidade, mas que parece ainda carecer de consistência, devido à nebulosidade dos conceitos que balizam as prescrições e ações.

Como decorrência desse direcionamento, observa-se uma tendência a se privilegiar técnicas como o relaxamento muscular, meditação, aquisição de habilidades comportamentais e manejo do estresse, investindo-se em treinamentos individuais que visam a diminuir ou eliminar sintomas em detrimento de mudanças nos *layouts* de postos de trabalho, flexibilidade de horários e participação na elaboração das estratégias preventivas e promotoras de saúde.

5. ENTRE CONCEPÇÕES DE SAÚDE DE TRABALHADORES E GESTORES: O TRABALHO REAL E O TRABALHO PRESCRITO REVELANDO O DESENCONTRO ENTRE O ESPERADO E O RECEBIDO

A questão subjacente a todos os esforços empreendidos nesta pesquisa, desde o garimpo de significados nas muitas incursões no campo até as intermináveis horas de diálogo reflexivo entre a literatura e os dados empíricos, foi sempre inquietante, podendo ser traduzida na seguinte pergunta: “Por que apesar do crescente discurso de Promoção à Saúde no Trabalho, as pessoas continuam a adoecer no mesmo ritmo com que são implementadas novas práticas que pretendem resgatar a saúde pela valorização do ser humano?”.

Outras questões se colocam a partir dessa pergunta inicial como: Por que essas novas práticas que pretendem traduzir as novas tendências do pensamento em saúde, supostamente ancoradas em uma consulta às várias instâncias em que esse conhecimento é produzido, não resultam em uma revitalização desses conhecimentos e, por conseguinte, das práticas que lhe são tributárias?”

Mesmo reconhecendo a linearidade com que foram formuladas essas questões que deram origem ao problema da pesquisa, é necessário destacar o seu potencial ao mesmo tempo contraditório e revelador, que permitiu chegar a um universo não linear a partir de uma porta aberta pela via da linearidade, a exemplo de um Koan¹⁴

Essas questões, inicialmente postas por uma realidade particular, foram confirmadas na fase exploratória da pesquisa guardando uma relação de interdependência com a proposta do estudo, o que abriu pequenas janelas para arejar e iluminar o espaço no qual se objetivou **compreender a relação entre as concepções de saúde subjacentes às práticas de promoção à saúde no trabalho e as concepções de saúde dos sujeitos trabalhadores aos quais se destinam.**

¹⁴ Termo usado na filosofia Zen Budista, que se apresenta sob a forma de pergunta, contendo aspectos inacessíveis à compreensão racional, mas, acessíveis pela via da intuição. As respostas apropriadas a um *Koan* variam de acordo com as circunstâncias, portanto, uma pergunta é sempre uma porta que se abre para o novo (OBREGON, 199).

Nas incursões finais no campo de pesquisa retomando questões de saúde na empresa, o relato de um dos gestores de saúde sobre a sua dor de cabeça, devido a problemas da articulação da mandíbula e por ranger os dentes durante a noite, trouxe alguns elementos para reflexão, a partir de uma realidade que denotava uma relação dos sintomas e sua condição aparentemente confortável de gestor:

Estou fazendo um tratamento, tenho rangido os dentes à noite e acordo com dor de cabeça. Dormir mal tem afetado minha saúde. Adoro o que faço, mas, apesar disso sinto que os aumentos das responsabilidades, vêm também os agravos à saúde. (Gestor 2).

A realidade desse depoimento sugere o trabalho e a saúde como elementos aparentemente inconciliáveis perpassados por suas contradições e antagonismos, fazendo lembrar de todas as outras velhas dualidades dos fenômenos da vida, como prazer-dor, desejo-medo, amor-ódio, dia-noite, o que mostra a indissociabilidade por trás da aparente inconciliabilidade dos simples opostos, pois cada um desses conceitos – saúde trabalho – se amparam no outro para existir enquanto realidade sensível (perceptível).

No caso objeto deste estudo, as concepções de saúde – essas contradições se acompanham muitas vezes de dilemas e escolhas difíceis, pela peculiaridade da relação trabalho-saúde em um contexto em que o trabalho, ao mesmo tempo em que assegura condições básicas de sobrevivência, significa muitas vezes também uma ameaça à saúde, dadas às condições oferecidas para que a força de trabalho seja convertida em produção, condições estas determinadas historicamente pelos ditames do mercado, reestruturação produtiva e níveis de competitividade cada vez mais elevados.

5.1 A VISÃO DA EMPRESA E A VISÃO DO TRABALHADOR: O CONFRONTO ENTRE A SAÚDE VIVIDA E A SAÚDE INSTITUÍDA

A saúde aqui é abordada a partir de duas vertentes: a da empresa, que entende e valoriza o atendimento às necessidades de saúde para realização das tarefas, preservando, sobretudo, o atendimento às normas operacionais e regulamentadoras (NRs) vigentes na área de Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do Trabalhador, sendo esta última menos hegemônica; e a vertente do trabalhador, que tem como referencial o vivido e o sentido, em que o corpo e a mente não estão separados.

A noção de corpo evidenciada na fala do trabalhador aparece como espaço de troca com o meio físico e social, e ainda como o lugar onde as percepções se tornam reais porque são expressas e sentidas. Essas dimensões da saúde, estão presentes nos relatos de sujeitos, e estão vinculadas às experiências do seu cotidiano. A saúde aparece como um conceito multifacetado.

Na percepção do trabalhador, foi possível identificar duas importantes dimensões ou unidades de significado relacionadas à concretude das suas experiências no cotidiano de trabalho, mas também à vida em geral:

- a) a saúde como bem-estar físico e bom funcionamento do corpo para o trabalho;
- b) a saúde como evento dinâmico e capacidade de resposta ao meio.

Para Minayo (2000, p. 54), “enquanto fenômeno social a saúde-doença tem um esquema interno de explicações, tendo como referencial a visão dos especialistas (mágicos, rezadores, curandeiros e médicos), e o senso comum que expressa a experiência cotidiana”. Mas a dimensão individual, mesmo articulada com a inserção coletiva do trabalhador enquanto membro de uma categoria profissional ou grupo de trabalho, parece ser a base das percepções aqui levantadas, revelando os sujeitos-trabalhadores como “seres autênticos com suas necessidades e valores, capazes de produzir coisas e transformar sua própria história” (AYRES, 2001, p. 4). Esse conceito

de ser autêntico, possuidor de necessidades e valores próprios, está, pelo menos em tese, no centro das políticas de saúde mais recentemente assumidas na sociedade brasileira, sejam elas preventivas, ou sejam promotoras de saúde que preconizam o encontro desse sujeito, sua valorização e o despertar do seu potencial transformador.

As falas transcritas a seguir, a partir do ítem 5.1.1, dão conta da riqueza das percepções construídas espontaneamente pelos sujeitos da pesquisa e refletem o seu contexto de vida, usos do corpo, capacidade para trabalhar e atendimento às necessidades fisiológicas, mas, sobretudo trazem a pluridimensionalidade característica dos fatos da vida e do trabalho como “argamassa” que mantém unidos os componentes dinâmicos de suas concepções.

5.1.1 A Saúde como Bem Estar Físico e Bom Funcionamento do Corpo

A saúde é revelada neste estudo como condição de vida e sobrevivência, sendo a vida de que aqui se trata, uma vida refletida quase que exclusivamente no trabalho, que aparece como fator de sobrevivência e garantia não de saúde, mas de atendimento mínimo às necessidades de saúde. Quando questionados sobre como sentem a saúde, a maior parte dos trabalhadores a relaciona com alegria, bom ânimo, vontade de viver, sendo todas essas categorias decorrentes do atendimento a necessidades básicas de sobrevivência de uma forma “homogênea”.

Esses grupos guardam semelhanças no *modus operandi* por compartilharem um processo de trabalho de características repetitivas, carga física acentuada, submissão a hierarquias rígidas e principalmente padrões de adoecimento mais uniformes. Há doenças, acidentes e padrões de desgaste que são característicos dos carteiros, como a mordedura canina, torções de tornozelo e joelho, como é o caso das lombalgias e a hérnia de disco para os OTTs. Isso cria uma identificação com o grupo de trabalho e uma identidade que se expressa muito mais pela doença do que pela saúde. Os conceitos enunciados expressam essa específica interdependência saúde-trabalho:

Saúde é estar sem dor, se alimentando bem, andando normal com disposição, até sentindo fome, sede, porque quando a gente tá doente não sente fome” (Lírio, carteira).

É estar forte, não ter dor no corpo, forte pra trabalhar. As partes emocionais, mentais já não é saúde, né? Eu acho que já é emocional, não afeta muito o trabalho, porque ele é mecânico (Phoenix, operadora de máquina).

Saúde é tá tudo bem. Quem tem boa saúde vai conseguir viver a vida melhor, sem remédio aqui, remédio ali. Poder deitar, dormir, levantar trabalhar (Topo Gigio, carteiro).

Saúde é dormir bem, comer bem,, ter tempo para atender às necessidades do dia-a-dia. O trabalho aqui tem afetado minha saúde, por causa do horário, mas nunca fiquei doente por causa disso, mas, não tenho saúde. Apesar de tudo eu consigo manter minha saúde (Colibri, operadora de máquina).

Percebe-se porém, na fala de alguns deles, elementos que se diferenciam um pouco do discurso da maioria, como no caso de Mãe, Ísis e Amado, que representam um estrato do contingente de trabalhadores situado em um patamar intermediário. Não são gestores no que se refere à questão da saúde, mas também não estão sujeitos aos mesmos determinantes que do grupo de trabalho operacional e dos carteiros. Estes, em geral, já passaram pelo estágio de trabalho braçal sujeito ao rígido controle da produção e, de alguma forma, conseguiram sair de uma situação de subordinação completa para uma submissão relativa, transformando-se em supervisores ou auxiliares de gerência.

Acredita-se que, de alguma forma, essa mudança no *modus operandi* coloca o trabalhador em contato com outros conceitos e visões que, embora não mudem a sua percepção sobre saúde, refletem na sua escala de valores, fundamentada no que ele experimenta enquanto ocupante de posto que incorpora saberes e vivências muitas vezes antagônicos. Nesses trabalhadores percebe-se um discurso mais “elaborado” sobre saúde que dá lugar a um conceito mais ampliado, fruto da sua qualificação na

empresa, experiências incorporadas e até mesmo dificuldades concretas que estão sendo vivenciadas.

Essa ampliação do conceito, porém, não resulta em poder de mobilização reivindicatória, nem de possibilidades de interlocução junto aos gestores pela via da participação, pois esse novo modo de pensar sobre a saúde, em geral, é exercido por aqueles que, apesar das boas intenções e ímpetos reivindicatórios, são convidados a sentar-se à mesa de reuniões como representantes dos “que fazem”, mas já inseridos eles mesmos na categoria dos que “sabem”. O seu conceito de saúde reflete essa posição de transição:

Bem-estar mental, social, estar bem equilibrado consigo mesmo, seu corpo (Ísis, assistente administrativa).

Saúde no geral é estar bem fisicamente, espiritualmente, moralmente, socialmente, em todas as áreas (Amado, supervisor).

È me sentir bem em todos os sentidos, trabalhar com satisfação, pra me cuidar e da família, o corpo e a mente têm que estar em equilíbrio, saúde física e espiritual. Pra isso eu tenho que ter boa alimentação, me cuidar, aqui no trabalho, pra não se machucar dependendo do movimento que a gente faz, é isso (Mãe, assistente de supervisão).

Para os trabalhadores cuja atividade é de predomínio, o chamado trabalho braçal, o caso dos OTTs e carteiros, a saúde está relacionada a sintomas físicos que possam interferir em sua capacidade de trabalho, o que de certa forma “contamina” o seu conceito, atrelando-o ao referencial da doença (ANDRADE et al. 1997).

Nos trabalhadores que se ocupam de tarefas mentais ou atividades de supervisão e gerência, o discurso revela aspectos mais intelectualizados, recorrendo a uma linguagem que demonstra um certo conhecimento de políticas de saúde e se serve de variações do conceito de saúde da OMS, destacando as dimensões física, mental e social.

Por outro lado, a referência trabalho é tão importante que, mesmo uma doença do ponto de vista médico é considerada séria não constitui, para alguns, motivo para dizer que não se tem saúde, como fica evidenciado nesta fala:

No meu modo de ver, eu ainda considero que tenho saúde, pois, apesar de todos esses problemas, ainda continuo lutando e de alguma forma posso trabalhar (Pagador de Promessas).

A auto-referência do fenômeno saúde e a interface fundamental com o trabalho se evidenciam ainda na fala de Colibri:

A minha saúde no trabalho é ruim, é péssima, por causa do horário da noite. Ainda não consegui me adaptar A gente não tem horário pra comer; toma café da manhã às três e trinta da madrugada; depois só às nove. Durmo mal. Nunca fiquei doente por causa disso, mas não tenho saúde.

Colibri, ao contrário do Pagador de Promessas, não é considerada doente pelo sistema oficial de saúde, pois não tem uma patologia diagnosticada, ou seja nunca ficou doente no conceito do médico, mas também não se considera uma pessoa saudável, porque saúde, para ela, vai além da ausência de doença. Por outro lado, ela também não se considera uma pessoa “doente de verdade”, pois ela pode trabalhar mesmo com algum desconforto, mas, afirma: “não tenho saúde”.

Nas percepções de saúde desse grupo, integram-se vários conceitos, alguns herdados da cultura hegemônica, advinda do modelo biomédico, particularmente presente nas abordagens tradicionais em saúde relacionadas ao trabalho, e de outras formas de pensar mais relacionadas à sua corporeidade e ao que sente de si mesmo. Então saúde, nesse contexto, é poder agir, usar o corpo e principalmente poder trabalhar. Mas, é mais que isso, é fazer tudo isso se sentindo bem.

A dimensão do bem-estar, tão freqüente nessas falas, coloca a saúde numa condição de auto-referência e resgata a dimensão da subjetividade que apela a um trabalhador que deve tornar-se sujeito de sua própria saúde, jargão tão “surrado” e recorrente nos discursos da Saúde Pública (AYRES, 2001), mas ao mesmo tempo

incompreendido, no momento da operacionalização das concepções de saúde através das práticas. Para esse autor, tal desencontro pode ter sua origem na concepção de sujeito, predominante no pensamento em saúde, que não está em sintonia com os valores e pressupostos que o orientam na atualidade, estando essa concepção ancorada em dois núcleos de significação, que são:

A idéia de permanência, de mesmidade, que reside no âmago desse sujeito-identidade, esse que é igual a si mesmo através dos tempos que faz a si mesmo a partir de uma natureza dada”, moldada por um devir voluntário, uma conquista pessoal. O segundo é a idéia de produção em que se apóia o sujeito-agente da história. O ser histórico é o ser produtor, aquele que introduz ou melhora coisas ou idéias para o progresso da vida humana (p. 14).

Essa concepção calcada na ótica da produção reduz o sujeito a uma entidade conhecida e previsível, com seus comportamentos e reações mapeadas pelas ciências médicas no que se refere à saúde, simplificando as abordagens e intervenções, recorrendo ao horizonte certo do conhecimento utilitário e funcional, o que limita as possibilidades de compreensão embora aumente a capacidade de domínio e controle das condições de saúde e modos de intervenção na área.

A ótica do ser humano produtor como referência influencia sobremaneira o discurso e as práticas de atenção à saúde, o que fica evidenciado nas análises de Garcia quando se refere às múltiplas determinações da atenção médica no panorama da saúde na América Latina:

A linguagem médica se transforma e surge uma nova idéia: a do preço da vida e do custo que envolve sua proteção. O cálculo econômico entra então como base para uma decisão racional na distribuição dos serviços de saúde, reforçando a desigualdade social ao considerar que a vida humana tem preço distinto segundo a contribuição do indivíduo à sociedade (1989, p. 58).

O autor ressalta, como consequência dessa visão, a impossibilidade de articular de forma dinâmica e histórica os determinantes sociais inerentes ao processo saúde-doença, reduzindo-os a indicadores que não expressam os seus significados sociais.

Chammé (1994) compartilha essa visão ao lembrar o compartilhamento de códigos comuns aos atores que dividem um espaço de atuação e uma práxis cotidiana que tece uma rede de representações comum àqueles que a dividem, identificando, experimentando e trocando elementos culturais que repercutem através das concepções elaboradas na adoção de certos comportamentos em saúde.

5.1.2 A Saúde como Capacidade de Resposta ao Meio

A visão utilitária está presente na maneira de o trabalhador conceber a saúde e, de certa forma, reproduz o conceito hegemônico que confere o *status* de saudável ao homem produtivo, sendo esta a categoria mais presente nas falas dos entrevistados. Porém, no decorrer das entrevistas, os temas vão se revestindo de uma concretude auxiliada pelos fatos da vida articulados com as questões colocadas, o que traz a idéia da dinamicidade como atributo da saúde enquanto processo, e principalmente ligada a outras ordens de manifestação da doença, indo além do biológico e ampliando a compreensão da experiência de ser saudável e ser doente para sentir-se com saúde ou não, em um dado momento, no contexto de um mundo vivido e sentido.

A saúde aqui aparece não como um estado, mas como um processo, remetendo à idéia de um potencial de saúde, que se manifesta através da capacidade de enfrentamento de situações que, ao colocá-la em risco, evidenciam a capacidade de resposta e até mesmo servem de “termômetro” das condições de saúde. Dessa forma, a doença testa a saúde e até mesmo pode contribuir para a melhoria desse potencial, desde que não sejam ultrapassados os limites de tolerância individuais.

Esse fato é particularmente demonstrável quando se analisam as respostas do sistema imunológico por ocasião das vacinas, conhecido mecanismo em que é inoculado um vírus para desencadear mecanismos de reação aos agentes agressores como forma de desenvolver anticorpos e reforçar as defesas do corpo. Um indivíduo saudável reagirá muitas vezes com um adoecimento temporário mas o mesmo agente que lhe ocasionou a reação configurada como um adoecimento, transforma-se, graças

à autopoiese¹⁵ orgânica em um elemento construtor de saúde, operando através de uma perturbação que introduz no seu sistema imunológico o estímulo necessário para uma reorganização interna, o que cria novas ordens de funcionamento a partir da desordem (MATURANA e VARELA, 1997).

A “inteligência” do sistema imunológico reside justamente no seu modo de aprendizagem não dirigida, cujo desenvolvimento é condicionado pelos contatos com diferentes antígenos. Por isso, a possibilidade de uma variedade praticamente infinita e imprevisível de reações imunológicas, a partir de um número finito de linfócitos¹⁶ determinados, implica a cooperação de diversos níveis de reconhecimento, caracterizando a complexidade desse sistema como parte e constituinte do todo orgânico.

Na fala de Pé de Vento a resposta aos desafios do meio é a medida da saúde:

Só pode ficar doente quem tem saúde, então a minha saúde é minha capacidade de me recuperar.

Essa e outras falas nos remetem a uma percepção da doença como uma experiência com possibilidades de outras experiências além da dor e da incapacidade, pois tem a ver com a capacidade de manter, recompor e retomar o equilíbrio homeostático a partir de respostas desencadeadas por estímulos e agressões do meio (PATRICIO, 1996). A perda dessa capacidade de enfrentamento ou “a diminuição da margem de tolerância às infidelidades do meio” (CANGUILHEN, 1978), nessa concepção, é o que poderia ser considerado doença. Mas a noção de dinamicidade aí evidenciada tem a ver com o sujeito da saúde e da doença, pois é nele, na sua totalidade integradora, que se reúnem as percepções e conceitos dispersos para que ele possa dar-lhe forma e expressão e é a ele, em última instância, que devem retornar

¹⁵ O termo autopoiese, é aqui caracterizado, como a propriedade dos sistemas vivos, de estarem dinamicamente relacionados numa rede contínua de interdependência com a sua própria organização estrutural, sendo esta mesma organização, produto e produtora desses seres. (MATURANA & VARELA, 2002).

¹⁶ Células de defesa presentes no sangue. São responsáveis pela resposta imunológica do organismo, a partir da produção de anticorpos para combater doenças e infecções.

os olhares e saberes também dispersos em função da variabilidade de objetos e contextos que compõem o mundo da saúde-trabalho.

Canguilhem, em sua obra *O normal e o patológico*, de 1978, buscando enunciar uma definição de saúde, coloca de forma muito apropriada a relatividade de uma concepção de saúde:

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser também normativo nesta situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e instituir novas normas em situações novas (p. 53).

A norma, oriunda dos modelos reducionistas tendo como orientação o saber biomédico ou no caso da saúde ocupacional os saberes técnicos vigentes na área procura fatos numa relação de causalidade linear e mecânica (LUZ, 1998). No dizer desse autor,

A objetivação científica das doenças instaurou de forma excludente um novo objeto para a medicina ocidental: é a doença que focalizamos, não mais os adoecimentos e curas das pessoas que adoecem (p. 22).

As concepções de saúde expressadas pelos trabalhadores, embora representativas do senso comum, estão alinhadas com algumas das concepções de saúde propostas por Polgar (1974). O autor agrupou as idéias mais significativas extraídas de uma pesquisa na *Enciclopédia Internacional de Ciências Sociais*, estabelecendo três concepções básicas de saúde: a assintótica, a elástica, e a aberta. A primeira representa um ideal em saúde, ou espécie de assíntota, da qual podemos nos aproximar sem jamais alcançá-la totalmente. A segunda, denominada elástica vê a saúde como uma reserva potencial que nos permite acumular resistência contra as agressões do meio ou eventuais perigos. Já a concepção aberta estabelece a morte

como o nível zero de saúde, recuando até o momento em que o indivíduo manifesta plena adaptação física mental e social.

De acordo com a classificação de Polgar (1974), percebe-se que a concepção elástica é a que mais se aproxima das percepções da maioria dos entrevistados, pelo seu caráter dinâmico que inclui os altos e baixos inerentes aos processos de enfrentamento do cotidiano, o que contribui para o desenvolvimento e aprimoramento das capacidades de cada indivíduo quando confrontados com desafios internos e externos a sua saúde, desde que respeitados os limites psico-fisiológicos de cada um, preservando assim o caráter de auto-referência inerente a esse conceito.

A elasticidade e o dinamismo dessa concepção também encontram eco no enunciado de Dubos (1972), que considera que a saúde é a capacidade pessoal e autônoma de enfrentamento e adaptação ao meio ambiente que nos circunda e às modificações deste. Segundo esse autor, tal capacidade, inerente a cada indivíduo, é resultante de uma construção que ele faz a partir de suas características pessoais mediadas mais pelos fatores sociais do que pelos seus dotes genéticos.

O autor também considera que os fatores sociais são de tal importância na manutenção e promoção à saúde que o investimento em reformas políticas e sociais são mais fundamentais na melhoria da saúde das populações carentes de recursos do que o aparelhamento dos órgãos de assistência no âmbito interventivo e terapêutico.

Dessa forma, o contexto social é fator condicionante e determinante das concepções de saúde encontradas, e essa ordem de determinação inclui as necessidades manifestadas pelos sujeitos, refletindo a própria sociedade em que estão inseridos.

5.2 A CONCEPÇÃO DE SAÚDE DOS GESTORES: SINTONIA COM CONCEITOS ESTABELECIDOS PARA ALÉM DOS TRABALHADORES

As categorias relativas às concepções de saúde que emergiram das entrevistas junto aos gestores refletem o seu papel e responsabilidade no contexto da empresa. Eles concebem a saúde como um bem coletivo, incluindo a assistência e as práticas

articuladas com o contexto social, sendo este último, informado e determinado pelo mundo do trabalho, mas também a sua dimensão humana de sujeitos com sua história de vida e sua visão de mundo.

- a) **Saúde como resultado do atendimento a múltiplas necessidades.**
- b) **Saúde como atributo da qualidade de vida.**

Gestor 1: Para mim, saúde é o bem-estar físico e atendimento a expectativas de boa qualidade de vida. Não eliminar os problemas, mas trazer qualidade de vida. A qualidade de vida vai além da simples prevenção ou proteção específica com relação a doenças, mas pensar no trabalhador com relação à família, história, seu mundo lá fora.

Gestor 2: Numa forma mais simples seria a não doença, mas numa forma mais ampla pode ser o conceito da OMS. A saúde engloba lazer, alimentação, equipamentos sociais, garantia de segurança, prazer em estar vivo.

Gestor 3: Saúde é equilíbrio, harmonia, seja no âmbito social, afetivo, econômico ou de lazer do ser humano.

Gestor 4: É o estado perfeito, é quando a pessoa está em equilíbrio físico, mental emocional. Se algum desses componentes estiver defasado, a pessoa já pode entrar em quadro de doença. Para mim todos esses fatores têm o mesmo valor. Tem que estar bem de espírito, de alma, tem de ter boa alimentação, lazer tudo tem que estar em equilíbrio. Para mim todos têm o mesmo valor, você tem que estar bem consigo mesmo.

5.2.1 Saúde como Resultado do Atendimento às Múltiplas Necessidades

A análise reflexiva evidenciou também o gestor como representante da política de saúde da empresa, pois é ele o seu veículo de expressão e operacionalização, através da coordenação e execução das práticas de saúde ou do gerenciamento das mesmas. As concepções dos gestores, portanto, aparecem neste trabalho associadas com as concepções implícitas ou explícitas no arcabouço normativo das políticas de

saúde da empresa, no que se refere às necessidades do trabalhador. Essas necessidades são enunciadas com base em uma concepção genérica de homem, independente de sua condição de trabalhador, mas evidenciam uma preocupação com o social e suas implicações no mundo do trabalho.

Enquanto na fala vivida do trabalhador as dimensões se evidenciam sob a forma mais concreta da vivência que inclui percepções corporais e fatos do cotidiano, na fala instituída do gestor as dimensões, principalmente a física e mental, aparecem articuladas a um conceito adotado historicamente, ou seja, o modelo biomédico ou o conceito ampliado de saúde da OMS.

Essa multiplicidade dimensional pode ser analisada a partir de um esquema mais amplo de classificação, concebido por Moragas (1975), que desmembra os vários aspectos envolvidos em uma concepção de saúde, de forma a delimitar melhor os domínios de significados contidos nos vários âmbitos da vida, indo desde o biológico, mais concreto e manifestado, até o estado utópico ideal, este, relacionado ao plano do desejável, ou meta a ser perseguida. O quadro abaixo esquematiza essas concepções.

QUADRO 2– CONCEPÇÕES DE SAÚDE SEGUNDO MORAGAS

CONCEPÇÃO	CARACTERÍSTICA	HISTÓRIA
1- somato-fisiológica	saúde como ausência de doença	Desde as origens da presente medicina.
2- psíquica	saúde do que não é o corpo tangível, subjetividade.	Início do séc. XVIII, desenvolvimento desde o início do séc. XX.
3- sanitária	saúde como um estado positivo e coletivo.	Medidas profiláticas desde a antiguidade. Desenvolvimento científico séc. XIX.
4- político-legal	saúde como direito e obrigação universal; reconhecimento e participação estatal.	Desde as revoluções políticas dos sistemas de seguros sociais e de seguridade social.
5- econômica	saúde como condicionante da produtividade do fator humano, preço da saúde e custo da doença.	Princípio do sec. XX nos países industrializados.
6- social	saúde como participação social, relatividade cultural da saúde e da doença.	Posterior à II Guerra Mundial.
7- ideal	Saúde como um estado ideal	Desde a antiguidade clássica

	não alcançável.	ao presente.
--	-----------------	--------------

FONTE: SANTOS, WESTRUP e SOUZA, 1999.

As três primeiras concepções se originam do modelo biomédico, as três seguintes têm sua origem nas ciências sociais, e a última não parece ter uma filiação com as correntes de pensamento da atualidade, mas está presente nos discursos do senso comum, como um ideal e até mesmo no conceito idealizado e não operacional de saúde da OMS que norteia a discussão em saúde nos dias atuais. Mesmo considerado como meta difícil de ser atingida, a concepção ideal, pode servir como estímulo à busca constante de aperfeiçoamento das ações em saúde tanto no plano individual (atitudes), quanto no plano político-governamental (políticas de saúde).

As concepções dos gestores apresentam características inerentes aos conceitos sanitário e político-legal de Moragas (1975), dada à incorporação visível dos fatores sociais, mas também trazem a dimensão subjetiva do bem-estar, incluindo aspectos da dimensão psíquica, uma das três categorias originadas do modelo médico.

Observa-se, ainda, a presença da dimensão física, mas já sem tanta supremacia, como no caso dos trabalhadores. Essa dimensão é tida como importante, porém insuficiente para dar conta de explicar e atender a toda uma organização de pensamento relacionado a saúde-trabalho como forma de subsídio a ações práticas.

Apesar de a empresa adotar e divulgar em seus veículos educativos um conceito ampliado de saúde no qual o trabalhador é visto como um ser bio-psico-social, com todas as implicações que isso traz tanto em termos de seu papel na empresa, como na comunidade e na família, as instâncias em que são concebidas as práticas de saúde possuem um referencial baseado primordialmente nas NRs (Normas Regulamentadoras) originadas de uma visão técnica, na qual o ser humano é um elemento produtivo que precisa estar em boas condições de saúde para que possa exercer o seu papel de produtor de bens e serviços, e nesse sentido percebe-se uma grande participação dos gestores com sua abordagem pautada na Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional.

Algumas evidências empíricas dessa afirmação foram fornecidas pelo Gestor 2:

Aqui na empresa procuramos trabalhar alinhados com as políticas e normas ditadas pelo Ministério do Trabalho. As normas regulamentadoras, que nos regem de forma mais direta, são a NR4, NR9, NR9 e NR7, pela sua relação mais direta com a saúde. Procuramos cumpri-las e obviamente quando a situação nos permite tentamos ir além delas fazendo uma atuação mais abrangente.

A noção de bem-estar preconizada no discurso da empresa considera as percepções do sujeito trabalhador, mas a prática produzida, por se desenvolverem dentro de uma realidade sujeita aos ditames do mercado e exigências de produção, resultam, em intervenções que se distanciam do conceito preconizado, por não haver uma reflexão inicial sobre a realidade onde essas práticas serão operacionalizadas e sobre os sujeitos a quem se destinam.

A participação do trabalhador é, na maioria das vezes, negligenciada, sendo solicitada apenas no momento das enquetes, entrevistas e depoimentos sobre o processo de trabalho, como parte da coleta de dados nas investigações necessárias para emissão de laudos periciais, ficando o diagnóstico, sua validação e implementação das mudanças a cargo dos especialistas e consultores externos e internos da empresa e dos próprios gestores de saúde, o que evidencia a separação entre “os que fazem” e “os que sabem”.

A mudança do enfoque normativo para o participativo deve, além de incluir a participação do trabalhador no levantamento de expectativas quanto às práticas, como em geral acontece, tentar também uma construção conjunta das práticas e um acompanhamento do andamento das atividades e das limitações que se apresentam no seu exercício.

Por trás dessa normatividade, há um conjunto de saberes em situação não dialógica e dicotômica, dividindo trabalho e saúde na medida em que é colocado o parâmetro do ser saudável subordinado ao ser produtivo.

Esse saber se configura-se em poder e reproduz hegemonicamente a fala dos “que sabem”, esvaziando a relação saúde-trabalho do enorme potencial dialógico que lhe é subjacente, mas, que só pode ser despertado pela via dialética do confronto de experiências que encontra nas oportunidades de participação sua via mais legítima.

A normatividade, apesar de atender a necessidades específicas de proteção à saúde, por estar atrelada aos saberes dos profissionais da área técnica da gestão em saúde, encontra-se atrelada à visão empresarial norteada pela produtividade e, paradoxalmente, cria a inaptidão ao desconsiderar as características psicofisiológicas dos trabalhadores e sua relação com a tarefa e as condições de trabalho. Essa inaptidão é produzida e construída cotidianamente no próprio ambiente de trabalho, e o descarte do corpo doente se configura em poder outorgado aos especialistas e peritos na norma, que desconhecem a relatividade do conceito de apto ou inapto, adequado ou inadequado, na verdade um exercício de poder micropolítico (FOUCAULT, 1990).

O enfoque normativo atrelado às NRs dado pela empresa à saúde do trabalhador tem como consequência desdobramentos importantes, dentre os quais merecem destaque os seguintes:

- a) o fortalecimento de uma concepção de ser humano útil e produtivo como elemento de valorização máxima em detrimento dos seus aspectos psicosociais e culturais;
- b) a descaracterização das queixas apresentadas pelo trabalhador em seus aspectos subjetivos, sendo enfatizado não o exame diagnóstico em si, mas o grau de incapacidade laboral;
- c) a limitação à produção e renovação do conhecimento na área.

Se considerarmos que a normatização se faz a partir de algumas condições estabelecidas *a priori* com base nas ciências que informam parâmetros e orientam decisões, cabe perguntar de onde vem essa ciência senão da experiência? A partir de que elementos podemos estabelecer algo como normal sem considerar uma experiência anterior que se constitui em base para enunciados teóricos que poderão ser ou não validados no confronto com o real? De acordo com Vaz et al. (2002),

o reducionismo nas práticas de saúde ocorre pela inclusão distorcida do sujeito trabalhador não como cliente, mas como objeto que acaba sendo manipulado para adequar-se à finalidade proposta, dado o desejo contido no conteúdo original do modelo vigente (p. 62).

Os autores acima mencionados chamam a atenção para a riqueza da *complexificação* operada no modelo de atenção à saúde, por exigência do próprio sujeito apreendido, enquanto cliente, incorporando novas possibilidades a partir de incertezas geradas, mas também de oportunidades de uma construção a partir de uma pluralidade de saberes que, mesmo se contrapondo à doutrina oficial não podem ser excluídos, pelo fato de serem os sujeitos detentores desses saberes que, permitem aos serviços de saúde a decodificação dos significados atribuídos à saúde por meio de uma resposta do trabalhador de forma individual ou coletiva às práticas.

Saúde no enfoque normativo não é valor, patrimônio de quem a tem, mas uma mercadoria de troca. O controle exercido pelas políticas públicas acaba direcionando seus recursos para garantir a regulamentação que simplifica e “atomiza” o objeto saúde, em detrimento do investimento verdadeiramente eficaz que seria a criação de condições para a preservação da saúde e ampliação do seu potencial em cada indivíduo.

Os esforços crescentes de democratização do acesso aos serviços de saúde com prioridades para a saúde do trabalhador, embora sabidamente necessários, só vêm a confirmar a inabilidade em promovê-la, reconhecendo a necessidade de ter garantida a assistência, já que a doença é inevitável. Todos são vistos como potencialmente doentes, e não potencialmente saudáveis, numa atitude de “naturalizar a doença e as carências como coisas que devem acontecer, onde é normal ficar doente e consumir um comprimido de saúde” (LOBO e SPOSATI, 1992).

As normas no âmbito da saúde-trabalho, mesmo tendo o objetivo de proteger a saúde, o fazem de forma excludente, como é o caso da NR4 que estabelece a implantação do SESMT, esclarecendo no seu item 4.1 que

as empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam

empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho.

O estabelecimento do SESMT ocorreu na década de 70, motivado pelos altos índices de acidentes de trabalho em nosso país, gerando por parte do Estado uma imposição legal às empresas de contratarem profissionais especializados (médico do trabalho, auxiliar de enfermagem, engenheiro de segurança e técnico de segurança), equipe esta dimensionada de acordo com o número de trabalhadores e o grau de risco nas empresas.

De acordo com a legislação vigente, as empresas com menos de cem funcionários estão desobrigadas de implantar esse serviço, a menos que apresentem um grau de risco de nível três, e mesmo nesse caso a exigência no dimensionamento do SESMT, conforme ilustra o quadro abaixo, é que a empresa tenha apenas um técnico de segurança como responsável. Esse dimensionamento é gradativamente modificado de acordo com o número de funcionários, e há também uma desproporção visível entre a quantidade de técnicos e de engenheiros de segurança e profissionais da saúde (médico e enfermeiro), em cada nível de classificação, sendo privilegiadas as categorias de técnico de segurança e engenheiro de segurança em detrimento dos profissionais da saúde, no caso o médico e o enfermeiro.

O quadro abaixo extraído do anexo 2 da NR4, explicita essa distribuição.

QUADRO 3. DIMENSIONAMENTO DO SESMT

RISCO	Nº/EMPREG	50 A 100	101 A 250	251 A 500	501 A 1000	1001 A 2000	2001 A 3.500	3.501 A 5000	ACIMA DE 5.000 PARA CADA GRUPO DE 4.000, OU FRAÇÃO ACIMA DE 2000**
01	TEC. SEG ENG.SEG. AUX.ENF. ENF. TRAB. MED.TRAB.				1	1	1 1* 1	2 1 1 1*	1 1* 1 1*
02	TEC. SEG ENG.SEG. AUX.ENF. ENF. TRAB.				1	1 1* 1	2* 1 1	5 1 1	1 1* 1

	MED.TRAB.					1*	1	1	1
03	TEC. SEG ENG.SEG. AUX.ENF. ENF. TRAB.		1	2	3 1*	4 1 1	6 1 2	8 2 1 1	3 1 1 1
	MED.TRAB.				1*	1	1	2	1
04	TEC. SEG ENG.SEG. AUX.ENF. ENF. TRAB.	1	2 1*	3 1*	4 1 1	5 1 1	8 2 2	10 3 1 1	3 1 1 1
	MED.TRAB.		1*	1*	1	1	2	3	1

* Tempo parcial (mínimo de 3 horas).

** o dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento da faixa de 3501 a 5000, mais, o dimensionamento do(s) grupo(s) de 4000 ou fração de 2000.

Hospitais, ambulatórios, maternidades, casas de saúde e repouso, clínicas e estabelecimentos similares com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um enfermeiro do trabalho em tempo integral.

FONTE: MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 1996.

Observa-se que no grau de risco 3, a primeira figura que se insere é a do técnico de segurança nas empresas com número entre 101 a 250 funcionários, configurando paradoxalmente uma equipe de Saúde Segurança e Medicina do Trabalho com um único profissional, este, de formação essencialmente tecnológica e restrita ao mapeamento e controle de riscos ocupacionais. O auxiliar de enfermagem aparece também apenas a partir do nível de risco 3 e em empresas com mais de 1.000 funcionários, em desvantagem numérica em relação às outras categorias, sendo sua participação aumentada de 1 para 2 em contingentes de 2001 a 3.500 funcionários e curiosamente reduzida novamente para 1, nas empresas com 3.5001 a 5.000 funcionários, para a inclusão da figura do enfermeiro do trabalho, sendo que as outras categorias – médico, engenheiro de segurança e técnico – tiveram sua participação aumentada a cada nível.

Observa-se aí uma clara valorização do sistema produtivo do ponto de vista técnico para manter a “saúde do processo de trabalho” em primeiro lugar, e em segundo lugar os aspectos relacionados à saúde do trabalhador.

Considerando-se que, do ponto de vista regulador e normativo, o papel do médico do trabalho numa empresa de 5.000 funcionários é dar conta das ações em saúde na empresa, responsabilizando-se em geral pela chefia do SESMT, acredita-se que essa tarefa deva ser extremamente difícil de ser cumprida, principalmente se este profissional for auxiliado apenas por um enfermeiro do trabalho e um auxiliar de enfermagem. Esses últimos profissionais na empresa do estudo dedicam a maior parte do seu tempo a ações burocráticas de fazer encaminhamentos e preenchimento de guias, ficando restrito o tempo de dedicação ao cuidado em saúde, como evidenciado nas falas transcritas abaixo:

Eu de certa forma sou privilegiado, pois a empresa é grau de risco 2, mas o gerenciamento da saúde encontra algumas dificuldades no sentido das interlocuções que devem ser feitas na própria equipe e nos vários níveis da produção. A empresa é muito grande e, apesar da política de saúde ser unificada, não temos como controlar todas as ações e estar em todos os lugares. Há também a falta de profissionais especializados na área da Medicina do Trabalho. (Gestor 1).

Na outra empresa em que eu trabalhava, estava mais presente na fábrica, no processo, e aqui a gente fica meio limitado, eu faço muito serviço administrativo e não fico muito junto ao funcionário e percebo que eles gostam. Passei dois a três meses só nos CDDs e foi legal. É um trabalho que eu gosto porque é dinâmico, a gente recebe críticas e elogios e está com eles. Mas aqui eles mais procuram a gente e não nós a eles. Eu sou a única enfermeira no estado e tenho uma auxiliar de enfermagem. Até eu executava algumas atividades mais administrativas, podemos dizer. Não que todas as atividades não sejam nobres, mas há algumas que podem ser feitas por alguém com menos formação. Hoje executo

mais o planejamento. Aqui a gente faz de tudo um pouco. Não dá pra deixar o funcionário fora do serviço muito tempo (Gestor 3).

O privilégio aos aspectos quantitativos não se revela apenas com o dimensionamento numérico a partir de um limite mínimo para se ter uma equipe mínima de saúde. A questão do dimensionamento numérico confere maior importância à saúde de coletivos de trabalho maiores, tendo a quantidade como referência, por um processo de monetarização do risco na lógica do custo/benefício (BRAGANÇA, 2002; RIBEIRO, 1997; BRITO e PORTO, 1992), com o cálculo do investimento necessário em uma equipe mínima de saúde e o benefício resultante das ações desenvolvidas. Vale ressaltar que tudo isso ocorre em um panorama político-econômico em que a rotatividade dos trabalhadores e a farta oferta de mão-de-obra em razão do alto contingente de desempregados deixam o trabalhador em situação vulnerável frente às leis do mercado.

Num contexto assim delineado, o trabalhador, ele mesmo, é a mercadoria e sua saúde um custo, não um direito. Quanto à monetarização da saúde, esta se evidencia com a mudança do enfoque transformador, pressuposto e alicerce teórico da Ergonomia (MONTMOLIN, 1990; WISNER 1999; GUERÍN, 2001), para o da compensação monetária com adicionais de insalubridade e periculosidade, priorizados antes de uma verificação das possibilidades de mudanças e adequações no ambiente de trabalho após uma análise do trabalho.

Dado o caráter intervencionista que caracterizou a criação do SESMT, as políticas decorrentes ficaram atreladas à lógica do imediatismo e resolução pontual de problemas, o que se refletiu em uma *tecnificação* normativa, dificultando e até evitando o aprofundamento dos determinantes envolvidos nas situações que pediam soluções e encaminhamentos rápidos. Essa determinação, inicialmente dirigida à iniciativa privada, subordinou o arcabouço ideológico e as ações em saúde do trabalhador até meados de 1980 à visão empresarial num contexto em que os profissionais do SESMT eram os

responsáveis então pela construção de um saber que não colidisse com os interesses do patronato (BONCIANI, 1994).

O estudo mostrou a prevalência dos saberes hegemônicos representados pelos profissionais do SESMT norteano as ações em saúde na empresa, identificando nesse arcabouço normativo importantes categorias explicativas que direcionam as ações, tais como:

- a) **a inerência do risco**, configurando a aceitação dos fatores de risco como parte intrínseca e característica das situações de trabalho, sem se reportar à complexidade do que se costuma chamar de fatores causais, reconhecendo nestes a origem absoluta dos problemas e descontextualizando a relação do homem com seu trabalho, sem considerar o contexto de sua existência, os elementos desse contexto e sua inter-relação e papel como condicionantes e condicionados;
- b) **a culpabilização** do trabalhador quando da ocorrência de acidente ou doença do trabalho, por considerar que ele, de alguma forma, desobedeceu às normas elaboradas sem a sua participação, à margem dos seus valores e das suas concepções de saúde. Nesse caso o trabalhador é duplamente penalizado, pois, além de pagar com sua saúde, é onerado moralmente sem ter muito poder de argumentação, já que desconhece as bases do conhecimento a partir das quais são estabelecidas as normas, que se convertem assim em sutis estratégias de dominação, baseadas em um conjunto de saberes voltados ao outro, mas, construído à sua revelia, convertendo saber em poder (FOUCAULT, 1990)
- c) **tecnificação da linguagem**, originando os termos “ato inseguro”, “falha humana”, “comportamento de risco”, representativos de uma concepção que busca explicar de forma linear os acidentes e doenças como uma falha não do sistema de proteção à saúde, mas de um elo dessa cadeia, o indivíduo. A metodologia utilizada na operacionalização desses conceitos são as análises de risco a partir de mapeamentos e análises retrospectivas dos acidentes através de uma seqüência em que são contemplados tópicos referentes a procedimentos e ações, sem a devida contextualização da situação de trabalho;

- d) **separação entre saber e fazer, do ponto de vista do status do conhecimento**, tornando a saúde refém de um campo de saber dominado pelo especialista, excluindo a subjetividade operária, pressupondo a não-cientificidade do conhecimento do trabalhador. Numa transposição da lógica taylorista para a saúde, além de ver sua tarefa esvaziada de sentido, o trabalhador assistiu também a uma apropriação indevida por parte dos detentores dos “saberes científicos”, do seu último refúgio de subjetividade: sua percepção de saúde-doença, questionada e regulamentada para ser legitimada.

As dimensões do fenômeno saúde-doença passam por uma legitimação desse processo que correspondem às categorias estar doente, manifestando no corpo os sinais do adoecimento; sentir-se doente, vivendo a doença e seus sintomas; identificar a doença, decodificando-a a partir dos conhecimentos disponíveis e utilizados em cada época; e finalmente, poder estar doente sendo esta última dimensão, subordinada ao contexto do adoecimento e às relações que se estabelecem a partir das tensões e interesses em jogo nas relações de trabalho (BERLINGUER, 1988).

Pé de Vento enuncia essa quarta dimensão assim se expressando quando da sua procura ao ambulatório:

Estou aqui hoje por causa da gripe forte. Não pela gripe, pois sei que ela não vai me matar, mas porque já tô nas últimas e com moto não dá pra brincar. Trabalhar com febre, a gente fica tonto, pode dar acidente, e compromete o trabalho. Mas eu só venho aqui quando tô nas últimas, o trabalho em primeiro lugar né?.

Da mesma forma, Lua faz emergir a mesma dimensão acima, quando diz:

Eu tenho vergonha de ir ao médico por uma dorzinha nas costas, podem achar que é corpo mole meu. E também se eu subir no ambulatório vai atrasar o serviço, hoje mesmo já não vai dar. Eu

sei que tenho direito por lei, mas não me sinto totalmente à vontade pra encarar a reação da chefia, ou talvez seja coisa da minha cabeça, pois eu não tenho conhecimento pra dizer se isso é sério ou não.

Para Minayo (1994), enquanto fenômeno social, a saúde-doença necessita de uma coerência de base que se apóia na visão dos especialistas legitimados (médicos) e doutores do senso comum (curandeiros, rezadores), e na sua própria percepção nascida da experiência cotidiana.

O conceito de saúde baseado no corpo como ferramenta de trabalho traz implícita uma noção de doença como incapacidade para trabalhar calcada na economia e modo de produção de produção e reprodução econômica. Nessa perspectiva, se o corpo é o único gerador de bens é também o único gerador de saúde e paradoxalmente de doença, ficando o trabalhador muitas vezes em um beco sem saída: é adoecer ou adoecer.

Não negando o adoecimento, ele pode ser considerado incapaz, correndo o risco da dispensa ou da discriminação, dependendo do grau de estabilidade que a empresa oferece. Por outro lado, negando-o até o limite do possível pode ter a possibilidade de legitimação da sua doença pelos cânones das normas instituídas, com direito a benefícios e seguro saúde, fugindo à miséria e ao desamparo familiar.

Essa “opção” parece se evidenciar nas palavras do Pagador de Promessas:

No tempo que comecei a ficar doente, o serviço era outro, muito mais puxado. Era só eu pra fazer manutenção, e tinha que dar conta. Eu tinha dor, mas sabia que eu era necessário, não tinha ninguém pra fazer o meu serviço e eu não tinha tantas garantias de estabilidade como hoje. Estava no meu primeiro casamento fazendo família, eu dei um jeito de me agüentar, não podia correr o risco de ficar desempregado, então não falava muito nem

procurava médico. Não que isso seja só do trabalho, mas o trabalho contribuiu muito para o meu problema.

Os SESMTs são o alicerce para se discutir as políticas de saúde no trabalho no interior das empresas, por centralizarem as ações e práticas, tendo a responsabilidade de organizar outros dois importantes procedimentos obrigatórios: O Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), previsto na NR7 e o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA), previsto na NR9. O PCMSO, de acordo com a Portaria Nº 8 (de 8 de maio de 1996), deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza sub-clínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.

O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos seguintes exames médicos:

- a) admissional;
- b) periódico;
- c) de retorno ao trabalho;
- d) de mudança de função;
- e) demissional.
- f) avaliações clínicas, abrangendo a anamnese ocupacional e exame físico e mental;
- g) exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos nesta NR e seus anexos.

As ações do PCMSO, para serem efetivas, deverão estar embasadas no PPRA, que informa os riscos presentes no ambiente e processo de trabalho, através de um mapeamento de risco com base em categorias estabelecidas a partir do conhecimento técnico dos especialistas da área. A forma de elencar os riscos (físicos, químicos, biológicos e ergonômicos) é, em geral completamente estranha ao trabalhador. Para Bonciani (1994),

O motivo pelo qual, por exemplo, o ruído ou o calor são considerados como riscos físicos é desconhecido. Tal situação obriga o trabalhador a organizar o conhecimento a partir de uma lógica técnica, inibindo a possibilidade de esse conhecimento ser organizado a partir de uma lógica própria, que representasse sua relação com as condições de trabalho (p. 56).

Do mesmo modo, a concepção técnica que origina a identificação e quantificação dos riscos ambientais determina as formas de atuação sobre os mesmos no momento de conceber modos de intervir para minimizá-los ou preveni-los, construindo modelos de aplicação que são repassados em treinamento.

Trabalhos realizados por Bonciani (1984), indicaram que o gerenciamento de riscos, quando organizado de forma espontânea pelos trabalhadores, obedecia a lógicas que se concretizavam em táticas de conquistas reais de melhoria das condições de trabalho, com a vantagem de já nascerem legitimadas pelos que iriam, em última instância, validá-las. Segundo o autor,

Muitas vezes os trabalhadores classificavam os riscos por dificuldade de correção, isto é, aqueles que necessitavam de maior mobilização para serem corrigidos pela Administração, e outros onde a correção poderia ser obtida com maior facilidade. Em outras situações, o grupo classificava de acordo com a importância do problema para um maior número de trabalhadores, o que permitia definir a abordagem a ser feita junto aos patrões para se chegar a uma solução (BONCIANI, 1984, p. 61).

Uma importante categoria ainda não contemplada no elenco das categorias de riscos ambientais é a Organização do Trabalho, que pode gerar riscos à empresa muito direcionada e hierarquizada que, tendo objetivos rígidos, acaba por negar complexidade do processo e das relações de trabalho, favorecendo a *complicação* em detrimento da *complexificação*.

O quadro abaixo, extraído dos documentos norteadores em análise de acidentes concebidos por Hollnagel (2003), descreve três princípios de gestão de acidentes relacionados à concepção da relação homem-trabalho por parte das gestões empresariais.

QUADRO 4 – ABORDAGENS PARA GESTÃO DE ACIDENTES

PRINCÍPIOS DE GESTÃO	MODELOS DE ACIDENTES	CAUSAS	TIPOS DE RESPOSTA
GESTÃO DE ERROS	DESENVOLVIMENTO DETERMINÍSTICO (CAUSA E EFEITO)	CAUSAS CLARAMENTE IDENTIFICÁVEIS (CAUSA-RAIZ)	A ELIMINAÇÃO OU CONTENÇÃO DAS CAUSAS ELIMINARÁ ACIDENTES
GESTÃO DE DESVIOS DE DESEMPENHO	ACIDENTES TÊM CAUSAS MANIFESTAS E LATENTES	DESVIOS ATIVOS E LATENTES TÊM SINAIS CLAROS	DESVIOS QUE LEVAM A ACIDENTES DEVEM SER SUPRIMIDOS
GESTÃO DA VARIABILIDADE DO DESEMPENHO	A VARIABILIDADE TANTO PODE SER ÚTIL COMO REPRESENTAR RUPTURA	ORIGENS DA VARIABILIDADE PODEM SER IDENTIFICADAS E MONITORADAS	ALGUMA VARIABILIDADE DEVE SER AMPLIADA OU REDUZIDA

FONTE: HOLLNAGEL/MTE, 2003.

Esses princípios refletem a forma de operacionalizar conceitos relativos ao gerenciamento da saúde e segurança, alinhados com diferentes referenciais teóricos numa escala evolutiva do pensamento técnico na área, porém ainda coexistentes nas empresas, através dos Modelos de Análise Seqüencial de Acidentes, Modelo Epidemiológico e Modelo Sistêmico.

Modelo Seqüencial

Esse modelo é mais afeito ao referencial da saúde ocupacional cuja utilização verificou-se em larga escala na empresa estudada, mesclado em algumas situações com o segundo modelo, de abordagem epidemiológica. O modelo de análise seqüencial descreve acidentes como resultados de seqüência de eventos claramente distinguíveis que ocorrem em uma ordem específica. O exemplo clássico disso é o chamado Modelo do Dominó (HEINRICH, 1931), o qual descreve o acidente como um conjunto de dominós que caem por causa de um único evento iniciador. Nesse modelo, os dominós que caem representam as ações falhas, enquanto os dominós que permanecem em pé representam os eventos normais. O modelo é considerado como determinístico porque o resultado é visto como conseqüência necessária de um único evento específico e

descontextualizado das interações que se desenvolvem no tempo e no espaço com os outros componentes envolvidos.

Um outro exemplo desta abordagem é o Modelo de Evolução do Acidente e Barreiras (SVENSON, 1991), o qual, em contraste com o Modelo do Dominó, somente descreve os eventos, ou as barreiras que falham. Esse modelo é seqüencial, mas não estritamente determinístico, uma vez que não pode ser assumido que a falha de uma barreira leve à falha de uma outra.

Os modelos seqüenciais podem não ser limitados a uma simples seqüência de eventos, mas podem incluir uma representação de múltiplas seqüências de eventos na forma de hierarquias tais quais as da tradicional Árvore de Eventos ou o das Nuvens Causais, menos deterministas, mas ainda operando numa lógica de redutibilidade, o que representa um fator de limitação considerando-se que hoje se incluem na categoria *acidente de trabalho* doenças emblemáticas como os DORT, configurando a importância dessa categoria para se pensar e agir em relação à saúde do trabalhador.

Modelo Epidemiológico de Acidentes ou Gestão de Desvios de Desempenho

Esse modelo encontra-se mais relacionado à área da Medicina do Trabalho, o que já caracteriza a separação operada por essa forma de pensar, pois a saúde fica fragmentada quando áreas que compartilham o mesmo objetivo, que é o de cuidar e proteger a saúde do trabalhador, utilizam modelos diferentes para abordar o mesmo objeto.

O Modelo Epidemiológico descreve um acidente em analogia com uma doença, isto é, como resultado de uma combinação de fatores. Alguns desses fatores são manifestos e alguns são latentes, e acidentes poderão acontecer quando um número suficiente de fatores acontecerem conjuntamente no espaço e no tempo. E, por reconhecerem o caráter multicausal, provêem uma base para discussão da complexidade dos acidentes, ultrapassando as limitações dos modelos seqüenciais, mas ainda insuficiente quando se trata de compreender para transformar o panorama da saúde geral de um sistema de trabalho (REASON, 1997).

Modelo Sistêmico de Acidentes ou Gestão da Variabilidade

Uma terceira opção é o assim chamado Modelo Sistêmico, o qual tenta descrever as características do desempenho no nível do sistema como um todo, mais do que o nível específico do mecanismo de “causa e efeito”.

A forma analógica do Modelo Sistêmico é a dos Modelos dos Movimentos Brownianos e Modelos do Caos. Exemplos mais distintos são encontrados em modelos baseados na teoria do Controle (SHERIDAN, 1992), a qual provê uma explicação de como as interações homem-máquina complexas podem levar a falhas no funcionamento do sistema.

A principal vantagem desses Modelos é sua ênfase em que a análise de acidentes deva ser baseada na compreensão das características funcionais do sistema, mais do que na afirmação ou hipótese acerca da interação entre estruturas ou mecanismos internos como a fornecida pelas representações padrão de processamento de informações ou caminhos de falhas.

Se um sistema é descrito por um modelo tipo seqüencial, então a análise de acidentes torna-se uma pesquisa de causas e, igualmente, de relações de causa-efeito bem definidas. A concepção subjacente é a de que, uma vez que tais causas e relações tenham sido encontradas, elas podem então ser eliminadas ou tornadas não-efetivas, por exemplo, por enclausuramento de uma máquina no caso de ruído excessivo, ou outro tipo de risco.

Se o sistema é descrito usando um modelo do tipo epidemiológico, então a análise de acidentes torna-se uma busca por elementos desestabilizadores do sistema, considerados estranhos a ele mesmo, numa lógica agente-hospedeiro. Nesse caso, concepção subjacente é a de que as barreiras e defesas podem ser fortalecidas para evitar que futuros acidentes venham a ocorrer, embora o caminho detalhado possa ser incerto. Uma vez que é impraticável procurar por um número muito grande de transportadores específicos e de condições latentes, uma abordagem alternativa é caracterizar indicações confiáveis da “saúde” geral de um sistema.

Finalmente, se um modelo tipo sistêmico é usado, então a análise de acidentes começa por uma busca de compreensão de um sistema de saúde em seus aspectos gerais e particulares, procurando apreender o seu modo de funcionamento a partir das relações que se estabelecem entre seus componentes, concebendo-as como portadoras de um dinamismo particular a cada sistema.

Cada modelo de acidentes representa uma abordagem característica sobre como as respostas para os acidentes devam ser determinadas.

A *gestão de “erros”* baseia-se na idéia de que o desenvolvimento de um acidente é determinístico, como no caso do modelo do tipo seqüencial. Consistente com essa concepção, deve ser possível identificar uma causa-raiz clara ou um conjunto de causas-raiz e, a partir daí, prevenir futuros acidentes pela eliminação ou enclausuramento (*encapsulating*) das causas identificadas.

A gestão de desvios do desempenho reconhece que os acidentes podem ter causas manifestas e latentes, e corresponde ao modelo de acidente tipo epidemiológico. Reconhece que pode ser difícil ou impossível encontrar uma causa-raiz específica, e em vez disso, a pesquisa é por traços ou sinais de tipos característicos de desvios. A prevenção de acidentes é obtida encontrando-se os caminhos da eliminação ou supressão dos desvios potencialmente nocivos. Enquanto a abordagem de *desvios do desempenho* tem uma vantagem significativa sobre a abordagem da *gestão do “erro”*, ela ainda mantém a visão de que os “erros” ou “desvios” são negativos e sobretudo indesejáveis.

Para Amalberti (1996), “erros” ou “desvios” têm um lado positivo, uma vez que eles capacitam os usuários e os sistemas a aprender acerca da natureza dos acidentes. Além disso, os desvios da norma podem ter efeito claramente positivos e ser a origem não somente de aprendizado, mas também de inovação. Isso requer que o sistema tenha uma resiliência (*resilience*)¹⁷ suficiente para opor-se às conseqüências da ação incomum e que é possível, para os usuários, ver o que e como aconteceu.

A *gestão da* variabilidade do desempenho captura essa natureza dual dos desvios de desempenho. Essa abordagem reconhece plenamente que resultados não

desejados usualmente são os resultados de coincidências, as quais são conseqüências inevitáveis da variabilidade natural do desempenho de um sistema. A variabilidade pode ser encontrada em cada nível da descrição do sistema e para cada tipo de sistema, dos componentes mecânicos à organização, assim como para cada nível de subsistema. Assume-se que é possível identificar as origens da variabilidade e como conseqüência, também, não somente definir seus sinais característicos como, de alguma maneira, monitorá-los.

A *gestão* da variabilidade do desempenho aceita o fato de que os acidentes não podem ser explicados em termos simplistas de causa-efeito, mas que, em vez disso, eles representam o resultado de interações complexas e coincidências as quais são devidas à variabilidade normal do desempenho do sistema, mais do que a uma falha de componente ou função. Para evitar acidentes, há, entretanto, a necessidade de ser capaz de descrever as características da variabilidade do desempenho de um sistema, como tais coincidências podem ser construídas e como podem ser detectadas. Isto reflete a lição prática de que é inadequado prevenir acidentes futuros simplesmente achando-se uma ou mais causas-raiz de modo a eliminá-las ou enclausurá-las, pois, em sistemas relativamente simples, novos casos continuam a aparecer, a despeito dos melhores esforços em contrário.

Sendo a função principal da análise de risco deduzir causalidade, avaliando a probabilidade de eventos de doença em populações de indivíduos expostos a determinados fatores, apesar de propor medir riscos individuais ou coletivos, essa forma de análise não só opera com reduções matemáticas necessárias e inevitáveis para que o método de intervenção proposto seja executável, como também constrói representações divorciadas da complexidade dos processos de trabalho e sua interface com a saúde. (CZERESNIA, 2004).

O arcabouço normativo que regula as ações de saúde na empresa do estudo compartilha com todas as outras grandes empresas um modelo híbrido em que coexistem os três enfoques hegemônicos na área, havendo mesmo uma alternância de predomínio em cada momento histórico da gestão, que está determinado pela formação

¹⁷ Propriedade pela qual a energia armazenada em um corpo deformado é devolvida quando cessa a tensão causadora

profissional, estilo de liderança e até mesmo modo individual de ser e trabalhar que, juntos, vão se traduzir em adesão a uma das grandes concepções de saúde com que se trabalha nessa área: a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador. Essa percepção se originou das incursões no campo na fase exploratória e foi reforçada depois na fase do “ficando no campo”, revelada em falas como esta:

Olha, eu acho que você chegou em um bom momento, pois o diretor geral é uma pessoa muito atenta com a questão da saúde, e também é engenheiro de segurança. Já deixou claro que dará apoio às iniciativas na questão da segurança e saúde no trabalho (Gestor 3).

Nas falas dos gestores de saúde oriundos de diferentes áreas de formação – médico, engenheiro e enfermeiro, principais membros da equipe de saúde – percebe-se a multidisciplinaridade, mas não necessariamente a interdisciplinaridade desejada e preconizada. O profissional de enfermagem fala do cuidado em saúde, o engenheiro se preocupa com a higiene ocupacional, e o médico com as doenças do trabalho, sendo que as duas primeiras categorias estão mais enraizadas nos serviços médicos das empresas, o que se evidencia na própria composição mínima obrigatória dos SESMTs.

Essa (ver Patrício)? configuração se distancia do modelo teórico da saúde do trabalhador, que é de construção de um sujeito participante nas ações de saúde, e não alvo ou objeto dessas ações, e da construção da interdisciplinaridade, não superando os saberes compartimentalizados por não promover a necessária interlocução entre os domínios de conhecimento que integram a área.

Para Niero (2000):

As atividades em Saúde do Trabalhador mostram os impactos do trabalho sobre a saúde, questionam as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizam os trabalhadores em suas reivindicações por melhores condições de saúde e trabalho. Esses serviços têm o mérito de trazer para dentro do sistema de saúde a discussão de questões tais como novos

conceitos do processo saúde-doença; perfil de morbidade e mortalidade relacionada ao trabalho; análise crítica dos serviços de saúde e das políticas públicas; denúncia das péssimas condições de trabalho; assistência específica e dirigida aos trabalhadores (p. 95).

5.2.2 Saúde como Atributo da Qualidade de Vida

Na fala da maior parte dos gestores, o termo “qualidade de vida” esteve presente, ora como condicionante da saúde, ora como condicionado por ela:

O brasileiro não tem saúde, não tem saúde porque não tem qualidade de vida. A saúde depende da qualidade de vida, assim como a qualidade de vida depende da saúde uma influencia a outra, só que a qualidade de vida é mais ampla, inclui vários âmbitos da vida das pessoas (Gestor 04).

Apesar de o tema qualidade de vida não ser objeto deste estudo e nem alvo específico de perguntas, o seu aparecimento junto ao tema saúde foi uma constante na fala dos gestores. Quando solicitados a conceituar o termo, alguns assim se expressaram:

A qualidade de vida é como uma rodovia com várias pistas, cada uma representando um aspecto da vida. Tem as necessidades básicas de subsistência, atendimento à saúde, segurança, educação, lazer, mas, a liberdade de escolher opinar e decidir como as coisas devem ser encaminhadas para o alcance da qualidade de vida (Gestor 02).

O tema Qualidade de Vida (QV) tem sido estudado e discutido nas várias áreas do conhecimento relacionado aos aspectos da vida humana. Na área médica, o destaque maior tem sido principalmente no que diz respeito às doenças crônico-degenerativas, nos estudos ligados às condições de trabalho, sob o ponto de vista da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e na perspectiva de lazer das pessoas. Uma de

suas mais marcantes características é o seu aspecto multidimensional e antropocêntrico, colocando o ser humano no centro das reflexões sobre a saúde, o bem-estar, a felicidade e a auto-realização nos vários espaços em que a vida se desenvolve.

O termo qualidade de vida pode ser considerado abstrato, pois implica a inter-relação mais ou menos harmoniosa dos vários fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano e resultam numa rede de fenômenos, pessoas e situações.

Muitos fatores de natureza biológica, psicológica e sociocultural, tais como saúde física, saúde mental, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição, produtividade, dignidade e espiritualidade, estão associados ao termo qualidade de vida.

Nas organizações tem-se procurado estudar o bem-estar humano. Esses estudos são realizados através de um conceito amplamente debatido e referenciado como Qualidade de Vida no Trabalho. Segundo Chanlat (1993), os vínculos da pessoa com a organização, sua lealdade, participação e preocupação com o trabalho bem feito, serão tanto mais fortes quanto maior for o interesse efetivo da empresa pelas pessoas. Atentas a essa possibilidade, algumas empresas têm-se preocupado com as condições de trabalho, as quais englobam tudo o que influencia o trabalhador dentro de uma organização, isto é, o posto de trabalho, o ambiente, os meios, a tarefa, a jornada, a organização temporal e a remuneração, além de promover uma alimentação saudável, oportunidades de lazer, oportunidades de expressão de potencialidades profissionais e pessoais como fontes de bem-estar e realização, fatores importantes para a qualidade de vida do trabalhador.

De uma maneira geral, os autores da área acreditam que o estilo de vida deve considerar o comportamento nas diferentes opções de vida, incluindo o exercício, o tempo de lazer, a atividade física, e num sentido mais completo o trabalho.

Apesar da grande preocupação quanto à qualidade de vida nas empresas, pouca coisa tem sido feita quando se trata de programas de promoção de saúde dos trabalhadores. Tanto nas empresas públicas quanto nas empresas privadas, existem poucos programas de qualidade de vida visando à saúde de trabalhadores. Dessa

forma, faz-se necessário que a empresa que quer manter o seu bem-estar econômico procure preservar e desenvolver o seu patrimônio humano.

Para Nahas (1991), a inter-relação mais ou menos harmoniosa de inúmeros fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano resulta numa rede de fenômenos, pessoas e situações que, abstratamente, pode ser chamada de qualidade de vida. Kaplan (1982) introduziu o termo "qualidade de vida relacionada à saúde" para separar os efeitos da saúde, da satisfação no emprego, meio ambiente e outros fatores que influenciam na percepção da qualidade de vida.

A partir dos olhares citados, a qualidade de vida, em vez de ser uma descrição do status de saúde dos indivíduos reflete o modo como eles percebem e reagem ao seu estado de saúde e outros aspectos não médicos de suas vidas como bem-estar físico, funcional, emocional, bem-estar mental, mas também sobre elementos como trabalho, família, amigos e outras circunstâncias da vida. Nessa perspectiva, os instrumentos podem ser satisfatórios para indicar o status de saúde, mas qualidade de vida é uma percepção individual relativa às condições de saúde e a outros aspectos que interferem na vida pessoal. Desse modo, a necessidade de incorporar as preferências e os valores das pessoas, é o que diferencia a qualidade de vida de todas as outras medidas de saúde.

O último Relatório sobre o Desenvolvimento Humano no Brasil, elaborado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) com base no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), aponta o Rio Grande do Sul como o estado brasileiro com a melhor qualidade de vida .

A qualidade de vida dos estados brasileiros é analisada apenas sob o ponto de vista do IDH. Tal índice, apenas fornece de modo insatisfatório uma noção de qualidade de vida, pois esta envolve um conceito muito amplo para ser descrito com somente três aspectos, como ocorre no estabelecimento do IDH. São eles: a educação, a longevidade e a renda per capita.

Segundo a metodologia implantada em 1995, a longevidade é medida pela esperança de vida ao nascer; o conhecimento, por uma média entre a taxa de alfabetização dos adultos e a taxa combinada de matrícula nos ensinos fundamental,

médio e superior; enquanto o padrão de vida é medido pelo poder de compra baseado no produto interno bruto (PIB) *per capita* ajustado ao custo de vida local.

De acordo com o IPEA, o Rio Grande do Sul também é um dos estados com a melhor qualidade dos postos de trabalho e da força de trabalho, fatores importantes para explicar por que a renda per capita é elevada e por que, conseqüentemente, o estado tem o melhor desenvolvimento humano e qualidade de vida do país.

Porém, embora a qualidade dos postos de trabalho e da força de trabalho seja elevada, isso não significa necessariamente que a renda per capita da população deva ser alta e conseqüentemente o IDH bom.

Trabalhadores bem instruídos, ou que fornecem serviços de boa qualidade, podem não gerar uma alta renda *per capita* dependendo das condições sociais e econômicas nas quais se encontra a região por eles habitada. Além disso, a renda per capita alta não trará um bom IDH se a educação e a expectativa de vida da população forem consideradas ruins.

O conceito de Qualidade de Vida do gestor aparece influenciado pela visão biomédica e funcionalista, tendo como referenciais indicadores socio-econômicos e epidemiológicos, de indiscutível importância para mapear e contextualizar necessidades. Porém, essa importância deve ser relativizada na árdua tarefa de dar conta da complexidade e da multidimensionalidade que caracterizam as práticas de cuidado pautadas numa abordagem dialógica e democrática.

Todas essas concepções e esses olhares sobre a Qualidade de Vida, mesmo oriundos de bases teóricas diferentes, têm em comum o seu objeto de conhecimento que é a **qualidade**, nesse caso, a qualidade da vida do ser humano, inserido ou não no mundo do trabalho. Nessa perspectiva, considera-se apropriada como bases de reflexão para compreender a Qualidade de Vida, a visão sintética de Patrício et al. (1999):

Entenda-se “**Qualidade**” como atributos como características ou propriedades de determinado fenômeno ou objeto que o qualificam como tal. Qualidade de Vida, enquanto produto e processo diz respeito aos atributos e às propriedades que qualificam essa vida, e ao sentido que tem para cada ser humano. Diz respeito às “características do fenômeno da vida”, ao “como esta se apresenta”, ao “como se constrói”, e “como o indivíduo sente” o constante movimento de tecer o processo de viver nas interações humanas (p 50).

A autora convoca a experiência humana a contribuir com a construção da Qualidade de Vida, enfatizando o papel auto-referido desse conceito, lembrando ainda que:

Processo de Viver significa estar no mundo, natural e cultural, constantemente interagindo, conhecendo, produzindo, participando efetivamente compartilhando, sentindo, concebendo, parindo, criando, destruindo, reconstruindo, ensinando, aprendendo, morrendo [...] e participando, consciente ou não disso, da construção da vida do outro.

As subcategorias equilíbrio, bem-estar e prazer de viver entre outras, foram compartilhadas por gestores e trabalhadores, sendo mais frequentes nas falas dos últimos, que trazem um discurso mais elaborado, produto de sua trajetória profissional e pessoal. Saúde como contexto dinâmico, equilíbrio entre necessidades internas e as imposições do meio, saúde como condição, estado, múltiplos componentes mediados pelas referências internas de cada um. Todas essas elaborações foram trazidas à tona a partir das reflexões desencadeadas pelo encontro sujeito-pesquisadora de uma forma que fez da pesquisadora também sujeito, guiada pelo fio da escuta qualitativa procurando conciliar o “deixar acontecer” com o rigor do método qualitativo, cujo mérito maior é caminhar sobre este “fio de navalha” que incorpora e entrelaça a fidelidade aos dados, a articulação com os pressupostos teóricos e sobretudo, a instigante possibilidade de vivificar esse encontro pelo “sopro divino do pesquisador” (MINAYO, 1994).

5.3 PRÁTICAS DE SAÚDE: ENTRE A INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE, AS CONTRADIÇÕES, LIMITES E POSSIBILIDADES DE COMPARTILHAR HORIZONTES

Certa vez atravessando um rio, Cuidado viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. Cuidado pediu-lhe que desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar o seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a Terra (talos) querendo dar seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço do seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro, pronunciando este, a seguinte decisão: “Tu Júpiter, por teres dado o espírito, debes receber na morte o espírito e tu, Terra, por teres dado o corpo, debes receber o corpo”. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve pertencer ao Cuidado enquanto viver (Heidegger).

Saúde e doença, na visão adotada para este estudo, constituem dois momentos de um mesmo fenômeno que se inscreve no fenômeno maior a que chamamos vida. Porém, o tratamento fragmentado dispensado à saúde, resultante do conceito biomédico subjacente às práticas de saúde adotadas, pode ressaltar a doença como fenômeno independente da saúde, por mais paradoxal que isso possa parecer. Esse paradoxo se revela pela adoção de práticas que promovem a doença e limitam a Promoção à Saúde.

Recorro aqui, para ancorar minhas reflexões, à alegoria do Cuidado, utilizada por Heidegger (1995), em que a vocação do cuidado aparece como o cultivo, o fomento de

potencialidades e investimento no que pode vir a ser a partir do que é dado e encontrado. Outra dimensão do cuidado, revelada por Patrício (1996), é a que implica conhecer para construir a saúde a partir de um comprometimento que inclui a técnica necessária, mas articulada com os componentes afetivos éticos e estéticos que qualificam qualquer interação humana.

o cuidado pode existir sem a necessidade de curar . Ou seja, não é preciso estar doente para precisar de cuidados. Assim, atos médicos de curar são aditivos do processo de cuidar. Portanto, não pode haver cura sem cuidados, mas, pode haver cuidados sem cura” (p.53).

A dimensão integradora do cuidado é também ressaltada por Leininger apud Patrício (1996), incluindo as ações terapêuticas e de controle, mas indo além, transcendendo-as através de compartilhamento de experiências, aprendizagens e responsabilidades, buscando trilhar o caminho do meio entre a polarização técnica do cuidado profissional e o empirismo ingênuo.

Conhecer a base conceitual presente na elaboração das práticas de saúde no trabalho como o substrato e bússola dessas ações foram de fundamental importância para descortinar alguns limites, contradições, conflitos e possibilidades presentes na forma de atenção à saúde na empresa pela empresa do estudo.

As concepções sobre saúde, saúde no trabalho, prevenção e promoção no caso dos trabalhadores são perpassadas pelos conceitos e idéias incorporados ao longo de sua vida no trabalho e fora dele.

A categoria trabalho revelou-se detentora de um papel fundamental na gênese dessas concepções, tanto pelos conceitos de saúde que são veiculados no cotidiano da empresa, através das práticas, como pelas atitudes que são assumidas quando se fala sobre saúde, divulgando as orientações, informações e ainda, nos modos de abordar as queixas dos trabalhadores referentes à sua saúde.

5.3.1 O Discurso e a Prática: a difícil passagem do “sem forma” a “forma”

A análise dos documentos guias norteadores das práticas de saúde na empresa do estudo, aliada às observações de campo concomitantemente às entrevistas, permitiram chegar a algumas categorias reveladoras das formas de atenção à saúde desenvolvidas na empresa, bem como dos limites, possibilidades e contradições existentes no caminho do conceber e do fazer. Entre as categorias que se evidenciaram como mais representativas temos:

- a) conflito de necessidades empresa-trabalhador;
- b) nebulosidade de conceitos que informam as práticas;
- c) padronização e descontextualização das práticas de saúde.

A permeabilidade do discurso assumido pela empresa relativo à saúde entre as suas instâncias e hierarquias é precária e em alguns casos inexistente, de modo que há, de certa forma, um conceito oficial e um conceito operacional de saúde.

O conceito oficial, ou prescrito segundo os gestores, está pautado nos princípios de equidade, cidadania e solidariedade:

A empresa acredita na importância do trabalho como elemento de crescimento pessoal e realização, procurando aliar a responsabilidade social interna e externa com as necessidades do contexto produtivo e a competitividade do mercado. Busca-se permanentemente aliar qualidade do serviço com qualidade de vida no trabalho, vendo o funcionário como um cidadão que serve à sociedade em que está inserido (Gestor 2).

A transposição desse conceito para as práticas, no entanto, está sujeita aos altos e baixos das relações de trabalho, sendo estas determinadas pelas exigências de competitividade impostas à empresa e pelos interesses e ideologias presentes em cada momento histórico. Esse **conflito de necessidades** entre empresa e trabalhador, que

às vezes coloca a saúde em um patamar secundário em relação às necessidades da produção, gera uma adaptação desse conceito oficial às circunstâncias do cotidiano de trabalho, resultando em um “conceito operacional” que vale para as práticas de saúde nos âmbitos individual e coletivo, de modo que os direitos do trabalhador e os acordos estabelecidos são relativizados. Essa condição está presente em algumas falas que emergiram nas observações:

Hoje a carga chegou atrasada no aeroporto e nós vamos ter que “sacrificar” a ginástica, pois a produção não pode atrasar, mas quem quiser fazer os alongamentos poderá usar seu horário de lanche. (Supervisor de área).

Aqui no operacional a gente faz a ginástica quando dá. Em época de eleição ou perto do Natal, temos que priorizar o escoamento das encomendas, pois temos compromisso com nossos clientes. (Supervisor de área).

Essa flexibilização dos cuidados com a saúde reflete uma escala de prioridades na qual vem em primeiro lugar a necessidade de sobrevivência da empresa, enquanto fonte produtora de bens, entre eles o emprego, e em segundo lugar a manutenção da força de trabalho em condições mínimas para tocar a produção. Em tempos de maior exigência, as práticas mantidas são aquelas obrigatórias por lei, como o atendimento ambulatorial e os exames periódicos e admissionais. A ginástica laboral e as feiras de saúde configuram-se como um investimento da empresa na saúde, mas estão sujeitas às demandas produtivas ou orçamentárias.

Em setembro de 2004 o calendário de eventos em saúde encontrava-se atrasado em dois meses, em decorrência das dificuldades na liberação da verba necessária, o que obrigou os responsáveis a fazer, além de um remanejamento de datas, uma simplificação das atividades, sendo então priorizada a Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT), prevista em lei.

Observou-se assim, a coexistência entre um conceito oficial que preconiza a promoção à saúde com enfoque ampliado, para além do modelo epidemiológico e higiênico ocupacional estruturado no enfoque normativo, e um conceito operacional e flexível, que não chega a ser de fato incorporado ao cotidiano da empresa.

Outro importante fator condicionante da relativização dos conceitos é a organização do trabalho nos diferentes setores, que revela também uma contradição no que se refere à **equidade e acessibilidade às práticas**.

Os setores em que o processo de trabalho é predominantemente físico estão sujeitos a uma hierarquização e controle maior, o que se reflete na rigidez de normas e horários a serem cumpridos, estando subordinados em maior grau às necessidades do sistema produtivo, e os trabalhadores a um maior grau de sujeição, o que implica abrir mão de alguns direitos acordados, para preservação do processo produtivo do qual o grupo de carteiros e OTTs representa a base.

Já os setores de administração e gerenciamento, cujas exigências laborais são de caráter predominantemente mental ou cognitivo, por terem características organizacionais mais flexíveis, acabam sendo privilegiados nas práticas de saúde, tanto individuais quanto grupais e coletivas. Isso se reflete em uma maior participação na elaboração das práticas, que são construídas e reconstruídas com um certo grau de participação, o que interfere nas modalidades adotadas, que vão desde os alongamentos e relaxamento com músicas escolhidas pelos participantes, até exercícios holísticos de *yoga, tai chi chuan e meditação*.

A supremacia da técnica e das normas é um traço dominante na política de saúde vigente nesta e, tendencialmente, em outras empresas pela necessidade de atender a exigências legais altamente estruturadas e expressando muito mais a necessidade de controle de riscos e proteção legal à empresa e até mesmo do trabalhador, porém dentro de uma ótica reducionista, pressupondo que o que obedece ao normatizado pode atender satisfatoriamente às necessidades de pessoas e situações de trabalho, desconhecendo o seu caráter complexo e multivariado.

Essa normatividade e tendência à **padronização** é dada, a partir de algumas condições estabelecidas *a priori*, com base nas disciplinas que fundamentam o corpo

de conhecimentos operante na área da saúde e tributários da Medicina do Trabalho e Higiene Ocupacional, historicamente comprometidas com o saber biomédico e técnico, privilegiando ora os determinantes biológicos, ora os mapeamentos de risco, sempre procurando fatos numa relação de causalidade linear e mecânica, dialogando muito mais com a doença do que com a saúde, ou com as potencialidades de saúde amortecidas ou adormecidas em consequência do desinteresse pelo saber das pessoas sobre a sua saúde enquanto objeto de saber e prática (TESSER et al., 1998; LUZ, 1998; AYRES, 2001).

A exclusão da experiência dos sujeitos trabalhadores e de suas percepções de mal-estar e bem-estar faz parte do processo de “medicalização” da saúde descrita por Illich (1995), com seu poder de gerar uma tecnificação crescente do atendimento, a partir de uma mediação técnica complexa e custosa que não encontra ressonância aos anseios dos que buscam atendimento (MINAYO e ROSENBERG, 2001, p. 3).

Outra importante consequência desse modelo padronizado é a focalização do fenômeno saúde-doença na esfera individual, tanto no que se refere à responsabilização quanto à intervenção, ou seja, o sujeito que a princípio não existe enquanto ser humano com história de vida, cultura, experiências e sentimentos, em dado momento, é chamado a responsabilizar-se por uma saúde que lhe é estranha, pois, não tendo sido vivida, sentida e pensada por ele, não lhe diz respeito em sua subjetividade.

Para Canguilhem (1978, p. 44), “se delegamos à técnica, mágica ou positiva, a tarefa de restaurar na norma desejada o organismo afetado pela doença, é porque não esperamos nada de bom da natureza por si própria”.

Essa base conflitual entre discurso e prática se revela na diferença **entre o prescrito e o feito**, entre o esperado e o recebido, ou ainda talvez na defasagem entre o desejado e o possível, no âmbito das ações de saúde na empresa, evidenciando uma contradição que aparece na fala da maior parte dos trabalhadores que buscaram atendimento no serviço da saúde da empresa, aqui exemplificada no depoimento de um carteiro:

Eu saí de casa pra trabalhar e no caminho comecei a passar mal, então resolvi ir ao ambulatório da empresa primeiro. O doutor mediu a febre que tava alta, me deu um medicamento e me mandou de volta trabalhar, pois já tinha muito atestado naquele mês. Mas eu sabia que não podia agüentar a tarde toda no sol. Tentei ainda trabalhar, mas não deu, então fui pra casa e fiquei três dias de cama (Golias, carteiro).

5.3.2 Entre Prevenção e Promoção: a nebulosidade de conceitos e as práticas resultantes

A clareza dos conceitos adotados para embasar as práticas, de alguma forma, emergem no momento em que estas são operacionalizadas e afetam sobremaneira a visão ou concepção de saúde dos sujeitos que recebem essas práticas. Porém, tanto na fala dos sujeitos do estudo quanto nas práticas de saúde, percebi a ausência de clareza de conceitos, particularmente no que se refere à prevenção e promoção de saúde.

Para Lírio, a promoção

promove as clínicas que distribuem cartõezinhos pra gente na feira de saúde.

E para Cidão,

a prevenção é o santinho que você carrega na mochila e se agarra com ele pra te proteger.

O trabalhador receptor das práticas desconhece, em geral, o significado da promoção à saúde, por falta de conhecimento teórico e informações a respeito, pois o conceito ainda é relativamente recente em nossa realidade, e ainda é parte do discurso dos saberes operantes nas práticas de saúde.

Os programas de qualidade de vida e as ações e programas comunitários, *locus* privilegiado da idéia de promoção de saúde na empresa, traduzem, nas suas propostas e atividades, uma mistura de conceitos, materializados através das práticas desenvolvidas. Nesse conjunto de práticas, coexistem a prevenção de acidentes de trabalho, a prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis, doenças metabólicas como diabetes e colesterol, doenças crônico-degenerativas como artrose, osteoporose e toda uma gama de disfunções que podem ser objeto simultaneamente de atitudes terapêuticas e preventivas.

Não se pretende aqui fazer a apologia da separação ou fragmentação dos cuidados nos âmbitos preventivos, terapêuticos e promotores da saúde, já que o ser humano, à luz do referencial deste estudo, é visto na sua totalidade integradora, mas apenas ressaltar a importância da clareza desses conceitos, pois dela dependem as ações que serão tomadas quando se fala em prevenção, intervenção curativa e promoção.

Essa clareza ou entendimento dos conceitos de saúde é objeto privilegiado do referencial de promoção à saúde que consiste em fomentar as condições necessárias para que as pessoas obtenham maior controle sobre os determinantes de sua própria saúde, através de um suporte educacional e ambiental para ações e práticas que conduzam à saúde (Carta de Ottawa, 1986; Oitava Conferência Nacional de Saúde, 1986). A idéia de promoção à saúde contida nesses documentos, pressupõe a ampliação do conceito de saúde preconizado pela OMS (estado de completo bem-estar físico, mental e social) e abre espaço para uma idéia de saúde mais dinâmica, incorporando e valorizando as possibilidades e potencialidades de cada indivíduo e transcendendo a idéia relacionada exclusivamente com os aspectos sanitários.

Czeresnia (1999)*, falando sobre os conceitos de prevenção e promoção e sua relação com as práticas desenvolvidas, evidencia a tênue fronteira que há entre esses conceitos, na medida em que a formulação das práticas sanitárias recorre ao discurso de promoção à saúde, enquanto que as ações ditas promotoras de saúde refletem os conceitos norteadores do discurso preventivista.

Para essa autora, essa imprecisão dos conceitos está na origem de inconsistências, áreas nebulosas e abordagens conflitantes, dificultando a consecução dos objetivos propostos, por não levar à superação do enfoque tradicional que se quer transcender quando se fala em promover saúde.

Por outro lado, nas análises de Brant e Melo (2001), a promoção à saúde no trabalho pode ser percebida como uma ação capaz de operar um exercício de tensionamento, não apenas entre saúde e trabalho, mas também como dialética entre submissão e criação, entre sofrimento e adoecimento do sujeito. Esse tensionamento é inerente, desejável e necessário a toda tentativa de ultrapassar políticas e atitudes isoladas e fragmentadas, na direção de uma concepção mais ampla de saúde. Nesse contexto, emergem as contradições entre o discurso e a prática.

No caso dos gestores da saúde, representantes do referencial de saúde adotado pela empresa, percebe-se, com relação à prevenção e promoção, um certo discernimento dessa diferença apenas no discurso ou no plano teórico, sem a necessária articulação com a prática ou operacionalização desses pressupostos. Ao ser questionado sobre a promoção à saúde, o Gestor 1 assim se expressa:

Aqui na empresa sou favorecido, pois o grau de risco não é alto, mas procuramos na Medicina do Trabalho ver a relação indivíduo, ambiente e condições de trabalho. O que mais assinala são o stress físico, as dores e problemas musculares, há uma certa repetitividade. Umas funções são mais sedentárias que outras. À medida que o indivíduo tem que acompanhar a máquina, eu tenho que ter um controle maior sobre as conseqüências disso na sua saúde.

Esse seu discurso reflete um referencial estruturado a partir de conceitos epidemiológicos que são a base do discurso preventivo na saúde pública. A redutividade desses conceitos e sua lógica linear limitam o entendimento da complexidade do processo de adoecimento e a conseqüente ampliação das possibilidades de sua aplicação no âmbito das práticas promotoras de saúde enquanto

práticas de cuidado, para aperfeiçoar métodos e construir conceitos novos e integrá-los aos interesses dos grupos ou comunidades de trabalho.

A percepção dos limites das intervenções e os conflitos que emergem a partir de uma atitude reflexiva sobre as práticas de saúde geram o atrito necessário para liberar a energia que poderá ser utilizada para promover a mudança. Ainda quando apreendida por seres humanos cuidadores, dotados de um olhar e uma abordagem que alie as dimensões do cuidado técnico e popular, conhecimento científico e realidade imediata, razão e sensibilidade, todos com interface nas dimensões individual e coletiva (LEININGUER, 1985, PATRÍCIO, 1990), a percepção desses limites poderá viabilizar a busca de um lugar para o sujeito nas práticas de saúde que possa estar sempre situado no contexto do que é vivido por ele, incorporando a sua experiência.

As interações do cotidiano e o ambiente, com suas dimensões relacional, física e psíquica, são espaços de troca entre a subjetividade humana e o mundo objetivo, e dessa forma são importantes na gênese dos conceitos, representações e valores.

Nessa perspectiva, cabe questionar: que valores são produzidos por representações formadas por um conceito identificado com hábitos e comportamentos que privilegiam apenas riscos específicos para a saúde; e que desdobramentos ele tem nas práticas de cuidado, uma vez que, ao mesmo tempo em que se reclama uma atitude participativa do trabalhador como agente responsável pela sua própria saúde, opera-se com concepções de saúde que o reduzem a um objeto de práticas e intervenções já prontas, ou no máximo cerceadas pelos limites estabelecidos pelas disciplinas técnicas.

Por outro lado, os significados culturais que proliferam em qualquer processo que inclua a relação do homem com seu ambiente incorporam interesses, valores, e necessidades que pressupõem e pedem uma abordagem que incorpore idéias vivas,

que por sua vez expressam crenças, valores conhecimentos e práticas, permeados pela afetividade que se tem sobre determinado fenômeno e que permitem guiar a produção de conhecimentos aplicados e fundamentais de programas de ensino ou mesmo de ações para transformação de uma dada realidade (PATRÍCIO, 1993, p. 3).

Sendo um dos aspectos principais na noção de promoção à saúde o de estimular a autonomia e co-responsabilidade do seu sujeito coletivo, o desafio que surge envolve transformações de longo alcance, e não apenas recomendações rapidamente executáveis que não iluminam nem informam sobre os valores contidos nos projetos de promoção, e constitui um dos pontos problemáticos nas propostas e práticas.

Os desafios emergentes não costumam se resolver com aplicação de modelos novos, baseados na capacidade técnico-científica dos gerenciadores da saúde nas empresas, mas a partir de um encontro de saberes e significados múltiplos que emergem da subjetividade e singularidade do indivíduo, e os referenciais das ciências da saúde. Assim, entender como promoção difere de prevenção é significativo para estabelecer a diferença entre a importância da saúde e a da doença, bem como do *status* que é conferido a cada uma no âmbito das práticas de saúde no trabalho.

Alcançar essa compreensão sobre saúde ou trabalhar para fomentá-la não é só uma questão de sobrevivência, mas também de qualificar saúde valorizando e buscando o seu potencial contido em cada ser humano.

As práticas de saúde neste estudo se revelaram como o lugar que abriga a possibilidade da síntese e reunião dos conceitos dissociados de saúde veiculados nos documentos, falas e atitudes no cotidiano da empresa, precisamente pela sua característica de tradutoras das intenções e promessas dos que dirigem e concebem a saúde. Mas a sua mais importante faceta foi a de revelar as limitações e contradições que resultam de uma insuficiência da base conceitual que lhes dá suporte, evidenciada tanto na operacionalização das propostas, com práticas de saúde não reflexivas, mas descontextualizadas, prevalecendo o foco na doença, e não no sujeito, quanto na avaliação destas a partir da visão dos principais interlocutores do estudo, ou seja, gestores e trabalhadores.

Para Cidão,

A ginástica laboral depende de como está o dia. Se tiver muito corrido a gente deixa pra mais tarde, ou não faz, porque não adianta você fazer a ginástica e depois sair correndo feito um louco pra dá conta do serviço..

Já para os gestores,

A ginástica laboral está implantada há dois anos em todos os setores da empresa e tem um espaço assegurado no trabalho. Estamos sempre renovando os exercícios e há boa aceitação pelos empregados, exceto por aqueles que não querem se cuidar. Isso acontece muitas vezes por questões culturais (Gestor 2).

Esses desencontros relativos às expectativas e visões envolvidas remetem à questão do processo de avaliação das práticas desenvolvidas, que parecem apontar para uma unilateralidade que privilegia a visão da empresa em detrimento da participação dos trabalhadores, na medida em que o suposto êxito das práticas consiste apenas em obter resultados de resolução ou controle dos principais riscos ou patologias ocupacionais, “promovendo a doença”. Um importante desdobramento dessa atitude consiste nas limitações que ela gera, traduzidas por:

- a) ações direcionadas no sentido de “resolver” o mais rapidamente possível o sintoma, abordando apenas as suas manifestações mais evidentes e quantificáveis, com base em protocolos de avaliações e *chek-lists*, muitos deles informatizados, excluindo a possibilidade de aprofundamento dos motivos, e questões que permeiam o estar doente;
- b) reprodução dos conhecimentos existentes acerca das origens dos problemas tratados, perpetuando a ótica da relação causa e efeito, retroalimentando um sistema baseado em conhecimentos específicos dirigidos a situações específicas para gerar resultados específicos, excluindo o que não se enquadra no modelo adotado;
- c) estabelecimento de um círculo vicioso no qual, o limitado referencial adotado, baseado apenas no conhecimento das disciplinas hegemônicas e centrado mais em conteúdos, que em situações reais, resulta em práticas que mesmo quando “resolvem” problemas específicos, contribuem para a perpetuação desses problemas na medida em que não transformam, porque não geram aprendizado.

Essas descobertas feitas a partir do contato com trabalhadores e gestores da empresa reforçam a importância da base conceitual subjacente às nossas ações, seja ela explícita, ou seja implícita, pelas possibilidades ou limitações que ela pode trazer às mudanças e atualizações necessárias à produção de conhecimentos.

As abordagens vigentes nas práticas em saúde são centradas em possíveis doenças ou possíveis riscos de adoecimento, o que apenas reforça o conceito de doenças do trabalho e enfraquece o conceito de saúde no trabalho. A saúde nas falas dos sujeitos aparece como uma quase utopia, ou algo distante e abstrato, como no dizer de Jó, que demonstra estranhamento com a pergunta:

Saúde? Ora, saúde é tudo, sem saúde não há nada.

Quando questionado, porém, sobre o que seria o estar com saúde, ele diz:

É poder trabalhar sem sentir nada, fazer minhas atividades do dia-a-dia em qualquer lugar.

A influência do modelo biomédico adotado direciona as ações e práticas para ações que obedecem a uma hierarquia na qual, em primeiro lugar, aparece a intervenção terapêutica seguida da prevenção e, em último lugar, a promoção à saúde. Essa configuração parece guardar uma estreita relação com as relações de trabalho em um contexto de grande valorização dos interesses produtivos e exploração da força de trabalho, tornando o trabalhador refém não só de uma remuneração, mas também de um modelo assistencial que, na maioria das vezes, se restringe ao atendimento de uma população já lesada e acometida de males que necessitam ser tratados ou controlados, não a partir da compreensão da situação num contexto mais amplo, e sim no sentido de mantê-la em níveis que não perturbem os interesses de um sistema cada vez mais competitivo e produtivo.

Outra importante consequência desse enfoque interventivo originado dessas concepções é a forma de comunicação utilizada para veicular informações nas práticas

educativas desenvolvidas na empresa. Os conhecimentos são veiculados na forma de cartilhas, palestras e treinamentos baseados mais no repasse de conteúdos, e menos centrados em habilidades necessárias ao empoderamento¹⁸ do sujeito-trabalhador em relação aos condicionantes de sua saúde.

Dessa forma, ignorando os próprios conhecimentos já existentes no campo da epidemiologia social, e o próprio referencial de promoção à saúde adotado e preconizado pela empresa, as práticas de saúde continuam baseadas nos conceitos biológicos da determinação das doenças e na intervenção profissional, voltando-se à eliminação de fatores individuais ou de pequenos grupos, o que traduz o problema de saúde de uma comunidade como sendo a somatória dos problemas individuais de seus componentes, a exemplo da abordagem cartesiana que vê o todo como a simples soma das partes.

Essa visão de saúde que se reflete na forma de organizar as ações voltadas à sua prática pode se apresentar simplificada para os gestores ou as instâncias responsáveis pela execução das políticas, facilitando o controle através da padronização e hierarquização, mas é totalmente estranha ao trabalhador ou coletivo de trabalhadores que se organizam e compartilham experiências de trabalho, desgaste e demandas de saúde. A estes, o sistema de saúde no trabalho parece complicado

Um dos sujeitos, quando questionado sobre o seu entendimento do funcionamento do sistema de saúde da empresa, assim se pronunciou:

Não sei muito bem como as coisas funcionam. Eu sei que devo fazer o periódico a cada dois anos, que o meu trabalho tem risco, mas o risco que eu conheço é o de mordida de cachorro na rua, torcer o pé, mas não sei bem o que é esse tal de PPRA. Lá no prédio tem os médicos quando a gente precisa, tem as feiras de saúde, tem uma estrutura, né?. Eu acho complicado, mas pego a guia, faço os exames e vou levando... (Carvalho, carteiro).

¹⁸ Termo originado da língua inglesa (empowerment), de difícil tradução para o português, utilizado com a conotação de fortalecimento. Para Vasconcelos (2001), “é o aumento do poder pessoal e coletivo de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão e dominação”.

Essa complicação percebida pelo sujeito-trabalhador representa o mais limitante fator da organização da saúde na empresa, pois a separa daquele a quem se destina, afastando-se da sua força vital que configura a ação humana pelo trabalho para a produção também da , apropriando-se da positividade inerente ao fenômeno saúde.

Tal sistema de saúde organizado, construído e exposto, denota, na sua exposição, a forma pela qual se estrutura no seu fazer, traduzindo-se no seu conjunto de relações entre componentes que criam suas próprias ações e configurando-se como uma organização dentro da qual se desenvolvem como agentes de estruturas, os sujeitos clientes da saúde e os profissionais em saúde. Assim, para Atlan *apud* Vaz *et al.*, (2002),

Os indivíduos agem de acordo com a lógica das estruturas, dentro de uma lógica maior que é a de produção do sistema de saúde. Este sistema, enquanto unidade do diverso, não é do nível perceptível: são as estruturas que aparecem nos indivíduos. Nos sistemas sociais, o indivíduo está contido no sistema, do ponto de vista de uma observação objetiva, mas é também ele um observador desse sistema, o que ocasiona uma riqueza organizacional suplementar própria dos sistemas sociais: os indivíduos constituintes do sistema dispõem de significações que se situam, simultaneamente, no nível elementar (os componentes do sistema) e no nível mais geral possível de um meta-sistema que engloba a sociedade (e até o universo!), que é o do observador (p. 52).

5.3.3 A Saúde como Experiência Complexa

O processo de análise-reflexão e síntese empreendido neste trabalho, a partir da enorme riqueza e diversidade dos dados colhidos, possibilitado, ainda que de maneira incompleta, pela multiplicidade de técnicas utilizadas, fez emergir a compreensão da saúde como um elemento complexo multifacetado. Tal processo é, sobretudo, carregado do constante dinamismo inerente ao fenômeno da vida, fenômeno este que, para ser compreendido, necessita de uma ampliação contínua dos enfoques que lhe são dados e de uma atualização constante das formas de se aproximar dele, enquanto manifestação espontânea e auto-organizada. As características de auto-organização do fenômeno saúde, reveladas particularmente no dinamismo conceitual do trabalhador,

mas também na sua relação com as práticas, e principalmente nos conflitos evidenciados em algumas situações de observação, fizeram emergir a noção da complexidade e a tentativa de compreender os processos que incluem sistemas complexos, sejam pessoas, sociedades ou organizações, para contribuir com sua harmonização.

Para Atlan (1992), a capacidade de se auto-organizar diferencia os seres vivos ou máquina humana das máquinas artificiais, por serem eles capazes de:

- a) manter a confiabilidade de seu funcionamento através da homeostase que assegura sobrevivência, apesar de serem constituídos por elementos que se degradam continuamente;
- b) manter o seu poder de criação, apesar do desgaste natural de seus componentes;
- c) preservar sua organização e até reorganizar-se em presença da aleatoriedade e a partir de condições de desordem e ruído

A polivalência, a pluralidade e a capacidade de múltiplas conexões conferem a um organismo ou sistema uma maior capacidade de sobrevivência, traduzida pelo seu potencial de tolerância aos erros, ou seja, poder utilizar as várias emergências emanadas do contexto, para gerar conhecimento sobre si mesmo. Em outras palavras, esse organismo tem a possibilidade de se tornar mais complexo e menos complicado, na medida em que se tornar mais autônomo e menos hierarquizado.

Fazendo uma analogia com as leis da Termodinâmica e Teoria da Informação de Shanon (1949), o erro ou ruído, representados em um sistema de saúde do trabalhador pela doença ou acidente, mesmo se constituindo em imprevisto indesejado, podem abrir possibilidades de atualização, aprendizado e aperfeiçoamento, fazendo da norma um conjunto de boas práticas.

Nessa perspectiva, a organização pode aprender com seus próprios erros numa dinâmica circular, não havendo uma relação de subordinação entre a estrutura e a função. Um sistema com essas características assemelha-se aos sistemas vivos, por estar baseado em conceitos “vivos”, ou seja conceitos que mantêm a vida.

A vida nessa perspectiva, no dizer de Minayo e Deslandes (2002),

é pensada como uma aptidão para criar formas e estruturas novas, não só no interior do próprio organismo, mas também em seu meio externo. O organismo, segundo essa abordagem, é capaz de criar vida interna, ao mesmo tempo em que condições externas de vida. Por isto ele cria liberdade e desenvolve a autonomia por meio da invenção de comportamentos flexíveis e variados diante de acontecimentos, aleatoriedade e perturbações externas (p. 37).

Ou ainda, para Patrício (1999),

É construída em toda a sua existência através de interações de diferentes dimensões e padrões. Por essas conexões cada ser humano vai criando seus próprios padrões e mantendo outros significativos à sua particularidade biológica e cultural. É especialmente nos contextos com os quais interage participando mais diretamente, como no mundo da família, do trabalho, da escola, da religião, da comunidade da cidade, das organizações de prestadoras de serviços, que o ser humano constrói sua história privada e sua história pública (p. 48).

Apesar de ter sido observado na produção das práticas de saúde desta empresa a importante influência das concepções de saúde que têm como foco a doença, acredita-se que esse modelo de organização não exclui totalmente os outros modelos em razão da sua existência, numa lógica de substituição pura e simples. Ao contrário, acredita-se na revitalização do sistema pela incorporação do sujeito-objeto socialmente colocado nas ações de saúde como elemento de “complexificação” e *descomplicação*, ajustando-se e ajudando o sistema a ajustar-se em seu espaço qualitativo interno e sua organização estrutural.

Ficou evidenciado neste estudo que a visão dos trabalhadores e gestores sobre saúde encontra, nas práticas desenvolvidas, um foco de contradições, por expor as limitações de um modelo de atenção à saúde baseado na normatividade e sem a necessária articulação dialógica entre os saberes de gestores e trabalhadores. Trabalhar alinhado com a visão de promoção à saúde é abrir um espaço, e dentro desse espaço uma *escuta*, e não apenas uma *ausculta* esta última voltada à dor, ao desconforto e à doença, sendo necessária então, uma comunicação que inclua a pessoa independentemente do sintoma ou sinal.

Essas mesmas práticas, porém, representam também o território e o espaço no qual as concepções de saúde se traduzem em atitudes de um cuidado que se mostra e se expõe, oferecendo a possibilidade de decodificação dos conceitos que lhes são subjacentes para que se possa operar a transformação desejada

No dinamismo da prática de saúde, o ser humano trabalhador se defronta com as formas de apropriação feitas do seu corpo e de sua força de trabalho pelos saberes instituídos, podendo ele também se apropriar dos dados dessa realidade, num processo de reflexão e releitura, colocando-se nessa mesma realidade de forma menos passiva e mais participante.

Uma atitude dessa natureza pressupõe, por parte do trabalhador, uma aproximação às práticas de saúde não apenas como cliente ou consumidor, mas como elemento que busca conhecer os modos de atenção à sua saúde para poder contribuir com a sua renovação e melhoria, a partir de uma visão de saúde como um fenômeno dinâmico e dotado de características individuais e coletivas, o que envolve aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais. Assim, a autonomia conceitual dos indivíduos sobre sua saúde, está relacionada à possibilidade de respeito à sua cultura e suas experiências de vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das utopias...

Se as coisas são inatingíveis...ora!

Não é motivo para não querê-las...

*Que tristes os caminhos, se não fora,
a presença distante das estrelas!*

Mário Quintana

Acredito que o caminho teórico-metodológico percorrido na busca de resposta à pergunta de pesquisa propiciou o encontro com a realidade buscada e fez vislumbrar horizontes e possibilidades para além das expectativas do início do trabalho, o que foi possibilitado pelo referencial do cuidado holístico ecológico guia deste estudo, e à riqueza e rigor dos métodos qualitativos de pesquisa, ferramenta essencial diante dos complexos temas que compõem.

Sobre a relação entre as práticas de saúde na empresa do estudo e as concepções de saúde de seus trabalhadores, a análise reflexiva mostrou que as grandes linhas de pensamento em saúde (o positivismo, a fenomenologia e o materialismo histórico) coexistem nas concepções de saúde dos sujeitos do estudo, sejam eles gestores ou sujeitos trabalhadores. As ações que traduzem essas concepções, no entanto, se encontram influenciadas, em grande parte, pela perspectiva funcionalista e utilitária, tributária do conceito biomédico de saúde.

As concepções de saúde dos trabalhadores aparecem influenciadas pelo seu viver cotidiano em que as crenças e valores inerentes ao seu mundo e meio social são um substrato importante, incluindo-se aí o trabalho, que no caso desses sujeitos significa emprego e vínculo institucional. O conceito de saúde no caso desses

trabalhadores é naturalmente influenciado pela sua atividade laboral de cunho eminentemente físico e demandas fisiológicas acentuadas evidenciado-se na categoria que traz a saúde como **bem estar físico e bom funcionamento do corpo para o trabalho**. Esta determinação exercida pela atividade de trabalho sobre a percepção do fenômeno saúde, no entanto não é estática na visão do trabalhador. A saúde para esses sujeitos é um evento dinâmico expressado pela sua capacidade de resposta às variações do meio, sendo este inclusive um elemento de avaliação da sua capacidade de responder às demandas impostas, ou seja a saúde é a capacidade de adaptação e auto-reorganização seu sistema vital a partir do que a dinâmica da vida apresenta a cada momento.

O conceito de saúde do gestor aparece ampliado e também determinado pela sua inserção e papel no mundo do trabalho e as responsabilidades advindas de seu papel levando-o a perceber a **saúde como resultado do atendimento a múltiplas necessidades**. Necessidades estas no quadro atual das relações de trabalho supridas pela empresa. Dessa forma o gestor estabelece seus conceitos, buscando sintonizar-se com as necessidades do processo de trabalho, e da categoria trabalho do ponto de vistas da sua significação no arcabouço institucional e inter-institucional, incluindo-se aí a imagem da empresa, os órgãos reguladores das políticas de saúde no trabalho e naturalmente a exigência maior de qualquer empresa: o lucro que advém da produtividade.

Essas percepções mostram uma sintonia com conceitos estabelecidos para além dos trabalhadores e comprometidos com as necessidades do trabalho enquanto fenômeno determinado socialmente e não com as necessidades dos trabalhadores. A rica e elaborada linguagem do gestor ao enunciar seu conceito, incorpora todas as mudanças e tendências das ações de saúde atualmente fazendo emergir a **saúde como atributo da qualidade de vida**, uma qualidade de vida, porém baseada em indicadores sociais que ignoram a percepção dos sujeitos investigados sobre esses mesmos indicadores que vão informar e subsidiar decisões sobre a **sua (deles) qualidade vida**.

O gestor da saúde, sendo ele também um trabalhador, concebe suas representações sobre a saúde e suas formas de atenção, que na essência não diferem do que pensa o trabalhador. Porém, mesmo que esses conceitos sejam enunciados a partir de percepções individuais e reflitam a sua maneira de pensar, ele enquanto gestor e sujeito instituído, não é livre para operacioná-los através da elaboração de práticas humanizadas e libertadoras como preconizam os referenciais da promoção da saúde adotados pela empresa.

A instituição dos conceitos de saúde elaborados pelos gestores passa pelo crivo das normas e leis regulamentadoras que devem ser cumpridas e respeitadas pela medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador, abordagens que hoje coexistem na empresa e têm a ver com os diferentes profissionais que compõem a equipe de atenção à saúde. A análise dos dados mostrou que na empresa do estudo tida como referência nacional na questão de atenção à saúde no trabalho, os referenciais norteadores na atenção à saúde, ainda são a medicina do trabalho e a saúde ocupacional, sendo o termo saúde do trabalhador muitas vezes empregado para nomear ações que não correspondem aos pressupostos norteadores desta abordagem.

Mas, em meio a esse embate de olhares e saberes, foi possível vislumbrar, mesmo que de forma não assumida ou inconsciente, a perspectiva de novos paradigmas em direção a uma abordagem integradora e dialógica compatível com a visão holístico-ecológica e o pensamento integrador que respeita todos os olhares e saberes envolvidos concebendo a saúde, sobretudo, como uma experiência complexa na busca de construir conhecimento a partir do que é encontrado na situação de trabalho, sem perder de vista sua interdependência com todo o contexto da vida humana.

De uma forma geral, é perceptível, porém, um descompasso entre o que a empresa oferece ao trabalhador em termos de práticas de saúde e o que este espera receber. O esperado e o recebido estão relacionados às representações elaboradas por aqueles que dão e aqueles que recebem, ou seja, o trabalhador, através de suas concepções de saúde, concebe também suas necessidades e espera vê-las atendidas.

O gestor da saúde, sendo ele também um trabalhador, concebe suas representações sobre a saúde e suas formas de atenção, que na essência não diferem do que pensa o trabalhador. Porém, mesmo que esses conceitos sejam enunciados a partir de percepções individuais e reflitam a sua maneira de pensar, ele enquanto gestor e sujeito instituído, não é livre para operacioná-los através da elaboração de práticas humanizadas e libertadoras como preconizam os referenciais da promoção da saúde adotados pela empresa.

A difícil passagem do que se pensa para o que se faz, no encontro e confronto com o ambiente-contexto no qual os conceitos e percepções elaborados pelos sujeitos do estudo se materializaram em atitudes e práticas que revelaram a diferença entre o **dito**, e o **feito**, o **desejado** e o **possível**, o **esperado** e o **recebido**, no âmbito das necessidades de saúde.

O estudo revelou também a inutilidade de alguns preconceitos trazidos da vida profissional da pesquisadora, outros adquiridos na fase de revisão teórica, como aquele que aponta as chefias ou gestores como vilões ou detentores dos olhares reducionistas.

O estudo mostrou que os olhares reducionistas, assim como as flores, podem ser encontrados onde menos se espera, revelando sujeitos-trabalhadores com um conceito de saúde muito mais limitado que o do gestor.

Há uma linha de tensão entre o conceito de saúde do sujeito trabalhador e o do gestor, ambos seres humanos trabalhadores, sendo o primeiro representante de um coletivo de trabalho e de uma identidade social não hegemônica, e o segundo também representante de uma classe, porém com maior poder de decisão, tendo suas concepções influenciadas por um contexto que é ao mesmo tempo moldura e retrato das contradições do meio social.

Esse descompasso entre olhares e saberes, a meu ver, se constitui em um dilema tanto para os profissionais da saúde no trabalho como para trabalhadores e gestores de saúde, pois gera práticas conflitantes e produz conhecimentos focais e muitas vezes equivocados, denotando a insuficiência das aproximações empreendidas até agora no tratamento dessa questão.

Particularmente, nessas considerações finais gostaria de deixar registrado que, na busca de aprimoramento profissional e de formas de aprofundar o conhecimento sobre a minha prática, busquei neste trabalho uma releitura de temas que me inquietavam na práxis diária, e sobre os quais julgava já ter suficiente experiência e conhecimento. Essa e outras certezas foram sendo demolidas na medida em que se processava a entrada no campo de pesquisa junto com o aprofundamento do referencial teórico do estudo e o encontro da natureza mais íntima das relações que se estabelecem no espaço destinado às práticas de saúde com uma singularidade que se expressa nos conceitos que lhes são subjacentes e no conjunto de determinações a que estão sujeitas.

Com base nas reflexões críticas propiciadas por este estudo, sintetizo aqui algumas formas de subsidiar os desenhos investigatórios ou práticas de saúde no trabalho no contexto empresarial, especialmente o da empresa do estudo.

Às empresas, sugere-se a clarificação dos conceitos preconizados na elaboração das ações de saúde, buscando a coerência dos objetivos com as formas de operacionalizá-los, através do confronto entre concepções e práticas, de forma a contemplar:

- a) a participação de todos os envolvidos no processo de trabalho, nos níveis operacionais e gerenciais, incluindo setores administrativos, equipes de saúde e consultores externos;
- b) o investimento na capacitação dos gestores de saúde da empresa viabilizando sua atualização científica, e abrindo espaço para que eles possam se dedicar ao cuidado em saúde, de modo a incorporar, além de sua experiência acadêmica e profissional, a sua vivência de sujeitos trabalhadores, através do diálogo reflexivo interno entre estas suas importantes dimensões;
- c) o acolhimento das novas abordagens trazidas pelos novos paradigmas, buscando não só o seu entendimento, mas também a sua compreensão, e principalmente uma maneira de incorporá-los de um modo que se distancie do imediatismo e das ações pontuais de cunho apenas interventivo;

- d) a incorporação dos verdadeiros pressupostos da Ergonomia, viabilizados pela análise ergonômica do trabalho, indo além da adaptação das condições locais, de modo a ampliar o referencial de abordagem através do conhecimento e convivência com as necessidades do trabalho real (atividade de trabalho) e não apenas do trabalho modelo (prescrito);
- e) a procura do equilíbrio dinâmico entre as exigências normativas e a realidade concreta do cotidiano de trabalho, incorporando as condicionantes do ambiente-contexto nas suas dimensões física, interacional, cognitiva e outras mais que se possam apresentar ;
- f) a abertura de espaço para a intersetorialidade através de parcerias, no âmbito das universidades, comunidades e outras empresas, tanto no sentido de ações práticas quanto na elaboração de desenhos investigatórios, para produção de conhecimentos na área da saúde, importante pressuposto na promoção da saúde;
- g) o favorecimento da permeabilização do conceito de promoção à saúde nas várias instâncias que se ocupam da saúde na empresa, incluindo o trabalhador como elemento promotor de saúde, a partir do momento em que deixa de ser alvo de práticas para se tornar **co-laborador**.

Aos profissionais da saúde no trabalho, sugere-se questionar cotidianamente o seu papel e o seu lugar em sua área de atuação, revendo seus conceitos e a prática resultante, através do confronto constante entre sua experiência pessoal (incluindo suas crenças, valores), sua formação acadêmico-profissional e a complexa e mutante realidade que se manifesta a cada dia no mundo da saúde no trabalho.

Para os cursos de graduação na área da saúde, é importante incorporar aos currículos de graduação programas de aprendizagem que contemplem as abordagens baseadas em novos paradigmas, pois a exemplo da minha experiência, acredito que muitos outros profissionais que se dirigem às áreas técnicas e de serviços também só tenham contato com essa visão quando buscam a pós-graduação, o que ocasiona muitas angústias e frustrações no seu percurso e inserção na prática profissional.

Considerando que o fazer em saúde, é também um fazer educativo, a formação dos profissionais da saúde, deverá ser tratada como uma estratégia promotora de uma

sociedade mais autônoma no seu existir no planeta, tendo a cidadania como fundamental neste processo através do encontro do saberes populares, com os acadêmicos, fazendo da norma um conjunto de boas práticas sustentadas pela parceria com o sistema local de saúde e pela imprescindível aliança com os movimentos sociais.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, J. Teoria e prática ergonômica: seus limites e possibilidades. **Escola, Saúde e Trabalho**. Brasília: Ed. da UNB, 1999.
- AIRHIHENBUWA, C. O. Health Promotion and the Discourse on Culture: implications for empowerment. **Health Education Quarterly**, v. 21, n. 3, p. 345-354, 1999.
- ALEXANDER, G. **Eutonia**. São Paulo: Summus, 1989.
- AMALBERTI, R. **La conduite des systèmes à risque**. Paris: PUF. 1996.
- ANDRADE, M. J. C.; PAIXÃO, H.; MODENA, C.; TORRES, C. M. A. Representações de saúde-doença de mulheres residentes em bairros da periferia de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Cresc. Desenv. Humano**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 35-56, 1997.
- ATLAN, H. **Entre o cristal e a fumaça**: ensaio sobre a organização do ser vivo. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1998.
- AROUCA, A. S. da S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.
- AYRES, M de C. R. J. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.4-19, 2001.
- BERLINGUER, G. **Medicina e política**. São Paulo: Hucitec, 1978.
- _____. **A doença**. São Paulo: Cebes, 1988.
- _____. **Ética da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- BHERTHERAT, T. **O corpo tem suas razões**. São Paulo: Summus, 1988.
- BISSO, E. M. **O que é segurança do trabalho**. Brasília: Brasiliense, 1995.
- BONCIANI, M. Contrato coletivo e saúde dos trabalhadores. **Saúde em Debate**, Londrina: n. 45, p. 53-58, 1994.
- BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Porto: Porto, 1994.
- BONAZINA, M. C. T. **A construção do processo de trabalho dos gerentes nas relações do cotidiano de uma organização hospitalar**. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- BRAGANÇA, F. J. P. M. **A CIPA como movimento social e a classe trabalhadora**: relações entre educação e trabalho, em busca da promoção da vida, da saúde e da cidadania. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – UFMT.

BRANDT, L. C.; MELO, M. B. Promoção da saúde e trabalho: um desafio teórico metodológico para a saúde do trabalhador. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 25, p. 55-62, jan/abr. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 1987.

BRITO, J. C.; PORTO, M. F. **Processo de trabalho, riscos e cargas à saúde**. Rio de Janeiro, 1992. (Mimeo).

BURLANDY, L. **Saúde coletiva: uma trajetória em questão**. Refletindo sobre a produção científica no campo da saúde. 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

CANGUILHEN, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1989.

CHAMMÉ, S. J. Educação para a doença. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 44, p. 32-34, set. 1994.

CODO, W.; SAMPAIO, J.; HITOMI, A. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1995.

COLOMBO, C. R. **A qualidade de vida de trabalhadores da construção civil numa perspectiva holístico-ecológica: vivendo necessidades no mundo trabalho-família**. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE ALMA ATA. URSS, 1978. OMS/OPAS/UNICEF.

CORTAZZO, I. I. Saúde e trabalho. **Arquivos de Medicina Preventiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 7, p. 60-83, jan./dez. 1985.

COURY, H. Em que os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho se diferenciam das lesões por esforços repetitivos. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 10, n. 2, 1988.

CZERESNIA, D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar/abr. 2004.

DE MASI, D. **O ócio criativo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1981.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1988.

DONNANGELO, M. C. F. A pesquisa na área de Saúde Coletiva no Brasil: a década de 70. In: ABRASCO. **Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil**. Rio de Janeiro, 1983.

DUARTE, M. D. B. **A dor nas costas e o processo de viver de trabalhadores da enfermagem numa visão holístico-ecológica: o ser humano pedindo ajuda através**

da linguagem corporal. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis

DUBOS, R. **O homem e o seu ambiente**: por uma ciência mais humana. Washington: Organização Panamericana de Saúde, 1966.

FARIA, T. A. de. **A qualidade de vida de profissionais de saúde no cotidiano de trabalho de uma maternidade hospitalar**: possibilidades e limites numa teia de interações. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FEDERIGHI, W. J. P. Ergonomia, ferramenta para a saúde do trabalhador. **Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 27, set./out. 1998.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Ciência nova**. Folha de São Paulo, 2/nov. 2002. Caderno Mais.

FONSECA, M. da. A CUT ainda tem um longo caminho a percorrer. **Saúde Mental e Trabalho**, São Paulo, ano 1, n. 1, p.25-52, ago/2002.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal. 1990.

GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social**: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.

_____. História das instituições de saúde na América Latina. In: NUNES, E. D. (Org.). **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.

GRAÇA, L. **Promoção da saúde no trabalho**: a nova saúde ocupacional? Lisboa: Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho, 1999. Cadernos Avulsos, 1.

GROSSEMAN, S. **Do desejo à realidade de ser médico**. 2000. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GRAMSCI, A. **A concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

GUERAB, W. J; ROSSI, V. **Indústria e trabalho no Brasil**: limites e desafios. São Paulo: Atual, 1998.

GUÉRIN, F. **Compreender o trabalho para transformá-lo**. São Paulo: Edgard Bluncher, 2001.

- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo I**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- HOLLNAGEL, E. **Modelos de análise de acidentes**. Trad. Ildeberto Muniz de Almeida. São Paulo: Depto de Saúde Pública, UNESP. 2003.
- ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- HEINRICH, H. **Industrial Accidents**. Mc Graw-Hill: New York, 1931.
- HIRSCH, S. **Didó o curandeiro**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- KAPLAN, R. M. Quality of Life, Resource Allocation, and the U.S. Health-Care Crisis. In: DIMSDALE J. E.; BAUM, A (editors). *Quality of Life in Behavioral Medicine Research*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 3-30.
- LABONTE, R. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. **Health Education Quarterly**, v. 21, n. 2, p. 253-268, Summer 1994.
- LAURELL, A. C. **Estudo e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1998.
- LEININGER, M. **Transcultural Nursing: Concept, Theories and Practice**. New York: John Wiley e Sons, 1978.
- _____. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985.
- LOBO, E.; SPOSATI, A. Controle social e políticas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992.
- LOYOLA. M. A . **Médicos e curandeiros**. São Paulo: Difel, 1984.
- LUDKE, M; ANDRÈ, M. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.
- MAYA, P. R. D. **A qualidade de vida de uma equipe de saúde no atendimento a pessoas com AIDS: ressignificando a subjetividade nas interações**. 1999. Dissertação Mestrado (Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. Rio de Janeiro: Bertram, 1993.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. Trad. Reginaldo Santana. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.
- MATTOS, U. Anais do I Congresso de Saúde do Trabalhador Perspectivas do 3º Milênio. Rio de Janeiro: UERJ, 1999.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **De máquinas e de seres vivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. **A árvore do conhecimento**. Trad. Humberto Mariotti e Lia Duskin. São Paulo: Palas Athena, 2002.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENEGASSO, M. E. **O declínio do emprego e a ascensão da empregabilidade**: um protótipo para a empregabilidade na empresa pública do setor bancário. 1998. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Edit. Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIN-COSTA, S. M. T. A construção do campo saúde do trabalhador: percursos e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 21-32, 1997.

MINAYO, M. C. de S; ROSENBERG, B. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Promoção da saúde: Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Sundsväl e Bogotá. Brasília, DF. 1996

_____. Norma Operacional de saúde do Trabalhador. NOST-SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 10/nov. 1998.

MORA, J. F. Dicionário de filosofia. São Paulo: Loyola, 2000.

MORAGAS, R. **El enfoque sociológico de los diversos conceptos de la salud**. Barcelona: Brate, 1975.

MOREIRA, M. M. S. Saúde e qualidade de vida na terceira idade: um estudo dos aspectos biopsicossociais e dos programas destinados a este segmento da população brasileira. 1998. Monografia (Curso de especialização em Serviço Social e Saúde). Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

MOSER, A; STIVAL, M; ZERBINI, R. **Aspectos ergonômicos relacionados à linhas e células de trabalho e queixas osteomusculares**. Departamento de Fisioterapia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, 2005.

MONTMOLLIN, M. **A ergonomia**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

NAHAS, V. T. **Saúde e lazer na empresa**. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1991.

NIERO, E. M. **O ambulatório de saúde do trabalhador em Florianópolis Catarina: um espaço de resistência no atendimento ao trabalhador acidentado e/ou doente em função do trabalho**. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

NUNES, E. D. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Conferência Internacional Atenção Primária de Saúde. Declaração de Alma-ata, URSS, 1978.

O'NEILL, M. J. **Orientação médica. A ortopedia e as LER/DORT: prevenir é conhecer**. Disponível em: <<http://www.uol.com.br/prevler>>. Acesso em: 09/out 2001.

OBREGON, L. Escision o integracion psíquica?. **Ojo de Água**, Santa Fé de Bogotá: Orion, v. 9, n. 22, 1998.

PARSONS, T. **El sistema social**. Madrid: Alianza, 1982.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

_____. **Estrutura referencial: a base de um processo de construção**. Oficinas de Recriação de Referenciais e Construção de Processo de Trabalho. Núcleo de Estudos do Processo de Viver e Ser Saudável (TRANSCRIAR-UFSC). Florianópolis, 1993.

_____. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 58-74, jan./jun. 1994a.

_____. É possível a felicidade num mundo de narcisos? Questões para a saúde social a partir de Agnes Heller e Michel Mafessoli. In: REZENDE, A. A. L. M; BARBOSA, F; PATRÍCIO Z. M. **O fio das moiras**. Florianópolis: REPENSUL/UFSC, 1994b. p. 139-156.

_____. Nem talco nem diamante: a riqueza de um processo de ensino-aprendizagem participante na área da sexualidade-adolescência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 93-107, jul./dez. 1994c.

_____. **Ser saudável na felicidade prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico**. Pelotas: Ed. Universitária; Florianópolis: PPG em Enfermagem/UFSC, 1996.

PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J.; ARAÚJO, M. F. de. **Qualidade de vida do trabalhador**. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

PATRÍCIO, Z. M; GUERRA, A. F.; MAIA, P. R. D. De dentro para fora, de fora para dentro. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. de (Orgs.).

Qualidade de vida do trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999, p. 91-126.

PEIRÓ, J. M. **Desgaste psíquico in el trabajo:** el síndrome de quemarse. Madrid: Psicología, 1996.

PEREIRA, C. R. de A. Subjetividade e trabalho no contexto da exploração moderna. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 6, n. 1, p. 25-36, 1998.

PEREIRA, I. Promoção da saúde e educação em saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 55-79, jan./fev. 2000.

PESSIS-PASTERNAK, G. **Do caos à inteligência artificial.** São Paulo: Edit. da UNESP, 1993.

PESSINI, I. Em busca de uma política de equidade e solidariedade: o paradigma da promoção da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 20, n. 09, p. 29-45, set./out. 1996.

POLGAR, S. Salud. **Enciclopédia Internacional de las Ciências Sociales.** Madrid: 1974.

RAMAZZINI, B. **De morbis artificum diatriba:** a doença dos trabalhadores. São Paulo: Fundacentro, 1985.

REASON, J. The Contribution of Latent Human Failures to the Break Dow of Complex Systems. **Philosophical Translations of the Royal Society**, London, n. 327, p. 475-484, 1990.

REBELATTO, R. **Fisioterapia no Brasil.** São Paulo: Manole, 1987.

RESSERGUIER, J. P. O campo sensível. **Quaderni A. I. T. R de la Assoziacione Italiana dei Terapist della Reabilitazione, Florença**, v. 2, n. 1, p. 2-25, 1987.

RIBEIRO, H. P. **A violência do trabalho no capitalismo:** o caso das lesões dos membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1997.

RIBEIRO, H. P.; LACAZ, F. A. C. **De que adoecem e morrem os trabalhadores.** São Paulo: Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT), Imprensa Oficial, 1994.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. Indicadores Sociais e de Qualidade de Vida e Dados Sócio-Econômicos. Disponível em: www.riogrande.com.br/indicadores/Data9.htm>. Acesso em 15 /dez. 2004.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social:** ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

SANTOS, N. de Q; WESTRUP, M. H. B.; SOUZA, M. L de. Em busca de um conceito de saúde. **Cienc. da Saúde**, Cidade, v. 18, n. 1/2, p. 18-24, jan./dez. 1999.

- SANTOS, N. dos; FIALHO, F. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba: Gênese, 1997.
- SEGURANÇA E MEDICINA DO TRABALHO. Lei 6.514: Normas Regulamentadoras. Portaria 3.214, junho/1978. São Paulo: Atlas, 1993.
- SELIGMAN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.
- SHANNON, C. The Mathematical Theory of Communication. Urbana: University of Illinois Press, 1949. In: ATLAN, H. Entre o cristal e a fumaça: ensaio sobre a organização do ser vivo. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.
- SHERIDAN, T. B. Telerobotics, Automation, and Human Supervisory Control. Cambridge, MA: MIT Press, 1992.
- SILVA, R. **Mestrados em Educação Física no Brasil: pesquisando suas pesquisas**. 1990. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria.
- SONTAG, S. **A doença como metáfora**. São Paulo: Graal, 1984.
- SOUCHARD, P. **A reeducação postural global**. São Paulo: Manole, 1988.
- SVENSON, O. The Accident Evolution and Barrier Function: Model Applied to Incident Analysis in to Processing Industries. **Risk Analysis**. N York: 1999.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T.; CAMPOS, G. W. S. **Influências da biomedicina na crise de atenção à saúde: a dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 1998. Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 177.
- TITONI, J. **Subjetividade e trabalho**. Porto Alegre: Ortiz, 1994.
- TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.
- VASCONCELOS, E. M. A proposta de empowerment e sua complexidade: uma revisão histórica na perspectiva do Serviço Social e da saúde mental. **Serviço Social & Sociedade: Seguridade Social e Cidadania**, São Paulo, ano 22, n. 65, p. 5-53, 2001.
- VAZ, M. R. C.; LOUREIRO, M. de M; CABREIRA, G. O; SENA, J. Trabalhador em saúde: subjetividade e auto-organização. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 50-65, jan./abr. 2002.
- VERTHEIN, R; GOMEZ, C. M; AFONSO, M. O território da doença relacionada ao trabalho: o corpo e a medicina nas LER. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 101-126, 2000.
- WEBER, M. **Ensaio de sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.
- WISNER, A. **A inteligência no trabalho**. São Paulo: Fundacentro, 1999.
- YANES, L. O. Reconversion industrial e la salud de los trabajadores. **Salud de los Trabajadores**, Venezuela, v. 1, n. 2, p. 8-15, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO GESTOR.....	
APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO TRABALHADOR.....	
APÊNDICE 3 – DIÁRIO DE CAMPO.....	
APÊNDICE 4 – GUIA DE ENTREVISTA AO TRABALHADOR.....	
APÊNDICE 5 – GUIA DE ENTREVISTA AO GESTOR.....	

**APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO
GESTOR**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a)

Considerando as determinações da Comissão de ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. Vimos através deste, convidá-lo (a) a participar de uma pesquisa que tem como tema central, **A Prática da Promoção da Saúde nas Empresas e as Concepções de Saúde dos seus Trabalhadores**, para uma maior compreensão deste importante aspecto da relação saúde-homem-trabalho.

Esta pesquisa é parte de um projeto de Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção/Ergonomia da Universidade federal de Santa Catarina.

Para conhecer e compreender esta realidade, será adotada uma metodologia que prevê a coleta de dados por meio de entrevistas e observação do contexto de trabalho, com o compromisso de não afetar o pleno desenvolvimento das atividades e manter sigilo das informações que não tiverem sua divulgação autorizada, e da identidade dos participantes e da empresa, salvo autorização por escrito dos mesmos e devolver os resultados aos participantes, conforme acordo entre as partes.

Considerando a sua colaboração, imprescindível para o alcance dos objetivos acima mencionados, agradecemos antecipadamente a atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Email: zucamp@hotmail.com ou duarte@rla01.pucpr.br. Fone: 041-273-67-34.

Profa. Dra. Zuleica Maria Patrício
Orientadora

Profa. Auristela Duarte de Lima Moser
Doutoranda

De acordo com o esclarecido, aceito colaborar com a realização da pesquisa, estando devidamente informado sobre a natureza dessa investigação, e dos objetivos propostos.

Participante:

Local:

Data:

**APÊNDICE 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AO
TRABALHADOR**

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Sr (a)

Considerando as determinações da Comissão de ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC. Vimos através deste solicitar autorização para realização nas dependências desta empresa, da pesquisa que tem como tema central, **A Prática da Promoção da Saúde nas Empresas e as Concepções de Saúde dos Envolvidos nesse Processo**, para uma maior compreensão deste importante aspecto da relação saúde-homem-trabalho.

Esta pesquisa é parte de um projeto de **Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção/Ergonomia da Universidade Federal de Santa Catarina**.

Para conhecer e compreender esta realidade, será adotada uma metodologia que prevê a coleta de dados por meio de entrevistas e observação do contexto de trabalho, com o compromisso de não afetar o pleno desenvolvimento das atividades e manter sigilo das informações que não tiverem a sua divulgação autorizada e da identidade dos participantes e da empresa, salvo autorização por escrito dos mesmos e devolver os resultados aos participantes, conforme acordo conjunto entre as partes.

Considerando a sua colaboração, imprescindível para o alcance dos objetivos acima mencionados, agradecemos antecipadamente a atenção e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Email: zucamp@hotmail.com ou duarte@rla01.pucpr.br. Fone: 041-273-67-34.

Profa. Dra. Zuleica Maria Patrício
Orientadora

Profa. Auristela Duarte de Lima Moser
Doutoranda

De acordo com o esclarecido, aceito colaborar com a realização da pesquisa, e devidamente informado sobre a natureza dessa investigação e dos objetivos propostos, autorizo a entrada e permanência do pesquisador para a realização da pesquisa.

Participante:

Local:

Data:

APÊNDICE 3 – DIÁRIO DE CAMPO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DOUTORADO EM ERGONOMIA**

TÍTULO DA PESQUISA: A RELAÇÃO ENTRE AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NAS EMPRESAS E AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE DE SEUS TRABALHADORES.

DOUTORANDO: AURISTELA DUARTE DE LIMA MOSER.
ORIENTADORA: ZULEICA MARIA PATRÍCIO

Local:

Data:

Horário:

Objetivo: Colher subsídios para compreender as concepções de saúde presentes nas práticas de promoção à saúde na empresa, a partir da observação dos processos e contextos de trabalho.

NOTAS DE CAMPO	ANÁLISE
----------------	---------

--	--

NOTAS DO PESQUISADOR	ANÁLISE
----------------------	---------

--	--

APÊNDICE 4 – GUIA DE ENTREVISTA AO TRABALHADOR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DOUTORADO EM ERGONOMIA**

TÍTULO DA PESQUISA: A relação entre as práticas de saúde desenvolvidas em uma empresa pública no estado do Paraná e as concepções de saúde de seus trabalhadores.

DOUTORANDA: Auristela Duarte de Lima Moser.

ORIENTADORA: Zuleica Maria Patrício.

GUIA DE ENTREVISTA PARA O GRUPO RECEPTOR

CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS:

Codinome:

Sexo:

Função ou cargo:

Escolaridade:

Problemas de Saúde Relacionados ao Trabalho:

CONTEXTO:

Local:

Data:

Horário:

OBJETIVO: Compreender, a partir das percepções dos entrevistados, as concepções de saúde articuladas por ele, e a relação destas com as práticas de saúde na empresa.

ROTEIRO

- 1- O que você entende por saúde?
- 2- Como você construiu essa idéia de saúde?
- 3- O que você considera Promoção da saúde?
- 4- Como você percebe a promoção da sua saúde no trabalho?
- 5- Problemas de Saúde Relacionados ao Trabalho:
 - Quais?
 - Como busca soluções?
 - Como os previne?

APÊNDICE 5 – GUIA DE ENTREVISTA AO GESTOR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
DOUTORADO EM ERGONOMIA**

TÍTULO DA PESQUISA: A relação entre as práticas de saúde desenvolvidas em uma empresa pública no estado do Paraná e as concepções de saúde de seus trabalhadores.

DOUTORANDA: Auristela Duarte de Lima Moser

ORIENTADORA: Zuleica Maria Patrício

GUIA DE ENTREVISTA PARA O GRUPO GESTOR

CONTEXTO:

Local:

Data:

Horário:

CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS:

Codinome:

Sexo:

Função ou cargo:

Escolaridade:

Problemas de Saúde no Trabalho:

OBJETIVO: Compreender a partir das percepções dos entrevistados, as concepções de saúde articuladas por ele, e a relação destas com as práticas de saúde na empresa.

ROTEIRO

- 1-Enquanto gestor, o que você entende por saúde?
- 2-Como você construiu essa idéia de saúde?
- 3-O que você considera Promoção da Saúde no Trabalho?
- 4-Como você percebe a elaboração das práticas de saúde na sua empresa?
- 5- Tem algum problema de saúde relacionado ao trabalho?
 - Quais?
 - Como busca soluções?
 - Como os previne?

ANEXOS

- 1- NR7- PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL.**
- 2- NR4 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA
E MEDICINA DO TRABALHO.**
- 3- NR9 - PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS.**
- 4 – NR17 – NORMA REGULAMENTADORA EM ERGONOMIA.**

ANEXO 1

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

NR 7 - PROGRAMA DE CONTROLE MÉDICO DE SAÚDE OCUPACIONAL

7.1. Do objeto.

7.1.1. Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.

7.1.2. Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observados na execução do PCMSO, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

7.1.3. Caberá à empresa contratante de mão-de-obra prestadora de serviços informar a empresa contratada dos riscos existentes e auxiliar na elaboração e implementação do PCMSO nos locais de trabalho onde os serviços estão sendo prestados.

7.2. Das diretrizes.

7.2.1. O PCMSO é parte integrante do conjunto mais amplo de iniciativas da empresa no campo da saúde dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR.

7.2.2. O PCMSO deverá considerar as questões incidentes sobre o indivíduo e a coletividade de trabalhadores, privilegiando o instrumental clínico-epidemiológico na abordagem da relação entre sua saúde e o trabalho.

7.2.3. O PCMSO deverá ter caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, inclusive de natureza subclínica, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos irreversíveis à saúde dos trabalhadores.

7.2.4. O PCMSO deverá ser planejado e implantado com base nos riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente os identificados nas avaliações previstas nas demais NR.

7.3. Das responsabilidades.

7.3.1. Compete ao empregador:

a) garantir a elaboração e efetiva implementação do PCMSO, bem como zelar pela sua eficácia; (107.001-0 / I2)

b) custear sem ônus para o empregado todos os procedimentos relacionados ao PCMSO; (107.002-9 / I1)

c) indicar, dentre os médicos dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho - SESMT, da empresa, um coordenador responsável pela execução do PCMSO; (107.003-7 / I1)

d) no caso de a empresa estar desobrigada de manter médico do trabalho, de acordo com a NR 4, deverá o empregador indicar médico do trabalho, empregado ou não da empresa, para coordenar o PCMSO; (107.004-5 / I1)

e) inexistindo médico do trabalho na localidade, o empregador poderá contratar médico de outra especialidade para coordenar o PCMSO. (107.005-3 / I1)

7.3.1.1. Ficam desobrigadas de indicar médico coordenador as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 25 (vinte e cinco) empregados e aquelas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, com até 10 (dez) empregados.

7.3.1.1.1. As empresas com mais de 25 (vinte e cinco) empregados e até 50 (cinquenta) empregados, enquadrados no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro 1 da NR 4, poderão estar desobrigadas de indicar médico coordenador em decorrência de negociação coletiva.

7.3.1.1.2. As empresas com mais de 10 (dez) empregados e com até 20 (vinte) empregados, enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro 1 da NR 4, poderão estar desobrigadas de indicar médico do trabalho coordenador em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.3.1.1.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base no parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas previstas no item 7.3.1.1 e subitens anteriores poderão ter a obrigatoriedade de indicação de médico coordenador, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.3.2. Compete ao médico coordenador:

a) realizar os exames médicos previstos no item 7.4.1 ou encarregar os mesmos ao profissional médico familiarizado com os princípios da patologia ocupacional e suas

causas, bem como com o ambiente, as condições de trabalho e os riscos a que está ou será exposto cada trabalhador da empresa a ser examinado; (107.006-1 / I1)

b) encarregar dos exames complementares previstos nos itens, quadros e anexos desta NR profissionais e/ou entidades devidamente capacitados, equipados e qualificados. (107.007-0 / I1)

7.4. Do desenvolvimento do PCMSO.

7.4.1. O PCMSO deve incluir, entre outros, a realização obrigatória dos exames médicos:

a) admissional; (107.008-8 / I3)

b) periódico; (107.009-6 / I3)

c) de retorno ao trabalho; (107.010-0 / I3)

d) de mudança de função; (107.011-8 / I3)

e) demissional. (107.012-6 / I3)

7.4.2. Os exames de que trata o item 7.4.1 compreendem:

a) avaliação clínica abrangendo anamnese ocupacional e exame físico e mental; (107.013-4 / I1)

b) exames complementares, realizados de acordo com os termos específicos nesta NR e seus anexos. (107.014-2 / I1)

7.4.2.1. Para os trabalhadores cujas atividades envolvem os riscos discriminados nos Quadros I e II desta NR, os exames médicos complementares deverão ser executados e interpretados com base nos critérios constantes dos referidos quadros e seus anexos. A periodicidade de avaliação dos indicadores biológicos do Quadro I deverá ser, no mínimo, semestral, podendo ser reduzida a critério do médico coordenador, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou mediante negociação coletiva de trabalho. (107.015-0 / I2)

7.4.2.2. Para os trabalhadores expostos a agentes químicos não-constantes dos Quadros I e II, outros indicadores biológicos poderão ser monitorizados, dependendo de estudo prévio dos aspectos de validade toxicológica, analítica e de interpretação desses indicadores. (107.016-9 / I1)

7.4.2.3. Outros exames complementares usados normalmente em patologia clínica para avaliar o funcionamento de órgãos e sistemas orgânicos podem ser realizados, a

critério do médico coordenador ou encarregado, ou por notificação do médico agente da inspeção do trabalho, ou ainda decorrente de negociação coletiva de trabalho. (107.017-7 / I1)

7.4.3. A avaliação clínica referida no item 7.4.2, alínea "a", com parte integrante dos exames médicos constantes no item 7.4.1, deverá obedecer aos prazos e à periodicidade conforme previstos nos subitens abaixo relacionados:

7.4.3.1. no exame médico admissional, deverá ser realizada antes que o trabalhador assumira suas atividades; (107.018-5 / I1)

7.4.3.2. no exame médico periódico, de acordo com os intervalos mínimos de tempo abaixo discriminados:

a) para trabalhadores expostos a riscos ou a situações de trabalho que impliquem o desencadeamento ou agravamento de doença ocupacional, ou, ainda, para aqueles que sejam portadores de doenças crônicas, os exames deverão ser repetidos:

a.1. a cada ano ou a intervalos menores, a critério do médico encarregado, ou se notificado pelo médico agente da inspeção do trabalho, ou, ainda, como resultado de negociação coletiva de trabalho; (107.019-3 / I3)

a.2. de acordo com a periodicidade especificada no Anexo VI da NR 15, para os trabalhadores expostos a condições hiperbáricas; (107.020-7 / I4)

b) para os demais trabalhadores:

b.1. anual, quando menores de 18 (dezoito) anos e maiores de 45 (quarenta e cinco) anos de idade; (107.021-5 / I2)

b.2. a cada dois anos, para os trabalhadores entre 18 (dezoito) anos e 45 (quarenta e cinco) anos de idade. (107.022-3 / I1)

7.4.3.3. No exame médico de retorno ao trabalho, deverá ser realizada obrigatoriamente no primeiro dia da volta ao trabalho de trabalhador ausente por período igual ou superior a 30 (trinta) dias por motivo de doença ou acidente, de natureza ocupacional ou não, ou parto. (107.023-1 / I1)

7.4.3.4. No exame médico de mudança de função, será obrigatoriamente realizada antes da data da mudança. (107.024-0 / I1)

7.4.3.4.1. Para fins desta NR, entende-se por mudança de função toda e qualquer alteração de atividade, posto de trabalho ou de setor que implique a exposição do trabalhador a risco diferente daquele a que estava exposto antes da mudança.

7.4.3.5. No exame médico demissional, será obrigatoriamente realizada até a data da homologação, desde que o último exame médico ocupacional tenha sido realizado há mais de: (107.025-8 / I1)

- 135 (cento e trinta e cinco) dias para as empresas de grau de risco 1 e 2, segundo o Quadro I da NR 4;
- 90 (noventa) dias para as empresas de grau de risco 3 e 4, segundo o Quadro I da NR 4.

7.4.3.5.1. As empresas enquadradas no grau de risco 1 ou 2, segundo o Quadro I da NR 4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 135 (cento e trinta e cinco) dias, em decorrência de negociação coletiva, assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.4.3.5.2. As empresas enquadradas no grau de risco 3 ou 4, segundo o Quadro I da NR 4, poderão ampliar o prazo de dispensa da realização do exame demissional em até mais 90 (noventa) dias, em decorrência de negociação coletiva assistida por profissional indicado de comum acordo entre as partes ou por profissional do órgão regional competente em segurança e saúde no trabalho.

7.4.3.5.3. Por determinação do Delegado Regional do Trabalho, com base em parecer técnico conclusivo da autoridade regional competente em matéria de segurança e saúde do trabalhador, ou em decorrência de negociação coletiva, as empresas poderão ser obrigadas a realizar o exame médico demissional independentemente da época de realização de qualquer outro exame, quando suas condições representarem potencial de risco grave aos trabalhadores.

7.4.4. Para cada exame médico realizado, previsto no item 7.4.1, o médico emitirá o Atestado de Saúde Ocupacional - ASO, em 2 (duas) vias.

7.4.4.1. A primeira via do ASO ficará arquivada no local de trabalho do trabalhador, inclusive frente de trabalho ou canteiro de obras, à disposição da fiscalização do trabalho. (107.026-6 / I2)

7.4.4.2. A segunda via do ASO será obrigatoriamente entregue ao trabalhador, mediante recibo na primeira via. (107.027-4 / I2)

7.4.4.3. O ASO deverá conter no mínimo:

a) nome completo do trabalhador, o número de registro de sua identidade e sua função; (107.028-2 / I1)

b) os riscos ocupacionais específicos existentes, ou a ausência deles, na atividade do empregado, conforme instruções técnicas expedidas pela Secretaria de Segurança e Saúde no Trabalho-SSST; (107.029-0 / I2)

c) indicação dos procedimentos médicos a que foi submetido o trabalhador, incluindo os exames complementares e a data em que foram realizados; (107.030-4 / I1)

d) o nome do médico coordenador, quando houver, com respectivo CRM; (107.031-2 / I2)

e) definição de apto ou inapto para a função específica que o trabalhador vai exercer, exerce ou exerceu; (107.032-0 / I2)

f) nome do médico encarregado do exame e endereço ou forma de contato;

g) data e assinatura do médico encarregado do exame e carimbo contendo seu número de inscrição no Conselho Regional de Medicina.

7.4.5. Os dados obtidos nos exames médicos, incluindo avaliação clínica e exames complementares, as conclusões e as medidas aplicadas deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que ficará sob a responsabilidade do médico-coordenador do PCMSO. (107.033-9 / I3)

7.4.5.1. Os registros a que se refere o item 7.4.5 deverão ser mantidos por período mínimo de 20 (vinte) anos após o desligamento do trabalhador. (107.034-7 / I4)

7.4.5.2. Havendo substituição do médico a que se refere o item 7.4.5, os arquivos deverão ser transferidos para seu sucessor. (107.035-5 / I4)

7.4.6. O PCMSO deverá obedecer a um planejamento em que estejam previstas as ações de saúde a serem executadas durante o ano, devendo estas ser objeto de relatório anual. (107.036-3 / I2)

7.4.6.1. O relatório anual deverá discriminar, por setores da empresa, o número e a natureza dos exames médicos, incluindo avaliações clínicas e exames complementares, estatísticas de resultados considerados anormais, assim como o planejamento para o próximo ano, tomando como base o modelo proposto no Quadro III desta NR. (107.037-1 / I1)

7.4.6.2. O relatório anual deverá ser apresentado e discutido na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR 5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas daquela comissão. (107.038-0 / I1)

7.4.6.3. O relatório anual do PCMSO poderá ser armazenado na forma de arquivo informatizado, desde que este seja mantido de modo a proporcionar o imediato acesso por parte do agente da inspeção do trabalho. (107.039-8 / I1)

7.4.6.4. As empresas desobrigadas de indicarem médico coordenador ficam dispensadas de elaborar o relatório anual.

7.4.7. Sendo verificada, através da avaliação clínica do trabalhador e/ou dos exames constantes do Quadro I da presente NR, apenas exposição excessiva (EE ou SC+) ao risco, mesmo sem qualquer sintomatologia ou sinal clínico, deverá o trabalhador ser afastado do local de trabalho, ou do risco, até que esteja normalizado o indicador biológico de exposição e as medidas de controle nos ambientes de trabalho tenham sido adotadas. (107.040-1 / I1)

7.4.8. Sendo constatada a ocorrência ou agravamento de doenças profissionais, através de exames médicos que incluem os definidos nesta NR; ou sendo verificadas alterações que revelem qualquer tipo de disfunção de órgão ou sistema biológico, através dos exames constantes dos Quadros I (apenas aqueles com interpretação SC) e II, e do item 7.4.2.3 da presente NR, mesmo sem sintomatologia, caberá ao médico-coordenador ou encarregado:

a) solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho - CAT; (107.041-0 / I1)

b) indicar, quando necessário, o afastamento do trabalhador da exposição ao risco, ou do trabalho; (107.042-8 / I2)

c) encaminhar o trabalhador à Previdência Social para estabelecimento de nexos causal, avaliação de incapacidade e definição da conduta previdenciária em relação ao trabalho; (107.043-6 / I1)

d) orientar o empregador quanto à necessidade de adoção de medidas de controle no ambiente de trabalho. (107.044-4 / I1)

7.5. Dos primeiros socorros.

7.5.1. Todo estabelecimento deverá estar equipado com material necessário à prestação dos primeiros socorros, considerando-se as características da atividade desenvolvida; manter esse material guardado em local adequado e aos cuidados de pessoa treinada para esse fim. (107.045-2 / I1)

ANEXO 2

NR 4 - SERVIÇOS ESPECIALIZADOS EM ENGENHARIA DE SEGURANÇA E EM MEDICINA DO TRABALHO

4.1. As empresas privadas e públicas, os órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, manterão, obrigatoriamente, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho. (104.001-4 / I₂)

4.2. O dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho vincula-se à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento, constantes dos Quadros I e II anexos, observadas as exceções previstas nesta NR. (104.002-2 / I₁)

4.2.1. Para fins de dimensionamento, os canteiros de obras e as frentes de trabalho com menos de 1 (um) mil empregados e situados no mesmo estado, território ou Distrito Federal não serão considerados como estabelecimentos, mas como integrantes da empresa de engenharia principal responsável, a quem caberá organizar os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. (104.003-0 / I₂)

4.2.1.1. Neste caso, os engenheiros de segurança do trabalho, os médicos do trabalho e os enfermeiros do trabalho poderão ficar centralizados.

4.2.1.2. Para os técnicos de segurança do trabalho e auxiliares de enfermagem do trabalho, o dimensionamento será feito por canteiro de obra ou frente de trabalho, conforme o Quadro II, anexo. (104.004-9 / I₁)

4.2.2. As empresas que possuam mais de 50 (cinquenta) por cento de seus empregados em estabelecimentos ou setor com atividade cuja gradação de risco seja de grau superior ao da atividade principal deverão dimensionar os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, em função do maior grau de risco, obedecido ao disposto no Quadro II desta NR. (104.005-7 / I₁)

4.2.3. A empresa poderá constituir Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho centralizado para atender a um conjunto de estabelecimentos pertencentes a ela, desde que a distância a ser percorrida entre aquele em que se situa o serviço e cada um dos demais não ultrapasse a 5 (cinco) mil

metros, dimensionando-o em função do total de empregados e do risco, de acordo com o Quadro II, anexo, e o subitem 4.2.2.

4.2.4. Havendo, na empresa, estabelecimento(s) que se enquadre(m) no Quadro II, desta NR, e outro(s) que não se enquadre(m), a assistência a este(s) será feita pelos serviços especializados daquele(s), dimensionados conforme os subitens 4.2.5.1 e 4.2.5.2 e desde que localizados no mesmo estado, território ou Distrito Federal. (104.006-5 / I₂)

4.2.5. Havendo, na mesma empresa, apenas estabelecimentos que, isoladamente, não se enquadrem no Quadro II, anexo, o cumprimento desta NR será feito através de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho centralizados em cada estado, território ou Distrito Federal, desde que o total de empregados dos estabelecimentos no estado, território ou Distrito Federal alcance os limites previstos no Quadro II, anexo, aplicado o disposto no subitem 4.2.2. (104.007-3 / I₁)

4.2.5.1. Para as empresas enquadradas no grau de risco 1 o dimensionamento dos serviços referidos no subitem 4.2.5 obedecerá ao Quadro II, anexo, considerando-se como número de empregados o somatório dos empregados existentes no estabelecimento que possua o maior número e a média aritmética do número de empregados dos demais estabelecimentos, devendo todos os profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, assim constituídos, cumprirem tempo integral. (104.008-1 / I₁)

4.2.5.2. Para as empresas enquadradas nos graus de risco 2, 3 e 4, o dimensionamento dos serviços referidos no subitem 4.2.5 obedecerá ao Quadro II, anexo, considerando-se como número de empregados o somatório dos empregados de todos os estabelecimentos. (104.009-0 / I₁)

4.3. As empresas enquadradas no grau de risco 1 obrigadas a constituir Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho e que possuam outros serviços de medicina e engenharia poderão integrar estes serviços com os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho constituindo um serviço único de engenharia e medicina.

4.3.1. As empresas que optarem pelo serviço único de engenharia e medicina ficam obrigadas a elaborar e submeter à aprovação da Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho, até o dia 30 de março, um programa bienal de segurança e medicina do trabalho a ser desenvolvido.

4.3.1.1. As empresas novas que se instalarem após o dia 30 de março de cada exercício poderão constituir o serviço único de que trata o subitem 4.3.1 e elaborar o programa respectivo a ser submetido à Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho, no prazo de 90 (noventa) dias a contar de sua instalação.

4.3.1.2. As empresas novas, integrantes de grupos empresariais que já possuam serviço único, poderão ser assistidas pelo referido serviço, após comunicação à DRT.

4.3.2. À Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho fica reservado o direito de controlar a execução do programa e aferir a sua eficácia.

4.3.3. O serviço único de engenharia e medicina deverá possuir os profissionais especializados previstos no Quadro II, anexo, sendo permitido aos demais engenheiros e médicos exercerem Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho, desde que habilitados e registrados conforme estabelece a NR 27. (104.010-3 / I₁)

4.3.4. O dimensionamento do serviço único de engenharia e medicina deverá obedecer ao disposto no Quadro II desta NR, no tocante aos profissionais especializados. (104.011-1 / I1)

4.4. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser integrados por médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, técnico de segurança do trabalho, enfermeiro do trabalho e auxiliar de enfermagem do trabalho, registrados no Ministério do Trabalho - MTb, conforme a NR 27, obedecido o Quadro II, anexo. (104.012-0 / I1)

4.4.1. Para fins desta NR, as empresas obrigadas a constituir Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão exigir dos profissionais que os integram comprovação de que satisfazem os seguintes requisitos:

a) engenheiro de segurança do trabalho - engenheiro ou arquiteto portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho, em nível de pós-graduação;

b) médico do trabalho - médico portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina;

c) enfermeiro do trabalho - enfermeiro portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Enfermagem do Trabalho, em nível de pós-graduação, ministrado por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em enfermagem;

d) auxiliar de enfermagem do trabalho - auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem portador de certificado de conclusão de curso de qualificação de auxiliar de enfermagem do trabalho, ministrado por instituição especializada reconhecida e autorizada pelo Ministério da Educação;

e) técnico de segurança do trabalho: técnico portador de comprovação de registro profissional expedido pelo Ministério do Trabalho.

4.4.1.1. Em relação às Categorias mencionadas nas alíneas "a" e "c", observar-se-à o disposto na Lei nº 7.410, de 27 de novembro de 1985.

4.4.2. Os profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser empregados da empresa, salvo os casos previstos nos itens 4.14 e 4.15. (104.013-8 / I₁)

4.5. A empresa que contratar outra(s) para prestar serviços em estabelecimentos enquadrados no Quadro II, anexo, deverá estender a assistência de seus Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho aos empregados da(s) contratada(s), sempre que o número de empregados desta(s), exercendo atividade naqueles estabelecimentos, não alcançar os limites previstos no Quadro II, devendo, ainda, a contratada cumprir o disposto no subitem 4.2.5. (104.014-6 / I₁)

4.5.1. Quando a empresa contratante e as outras por ela contratadas não se enquadrarem no Quadro II, anexo, mas que pelo número total de empregados de ambos, no estabelecimento, atingirem os limites dispostos no referido quadro, deverá ser constituído um serviço especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho comum, nos moldes do item 4.14. (104.015-4 / I₂)

4.5.2. Quando a empresa contratada não se enquadrar no Quadro II, anexo, mesmo considerando-se o total de empregados nos estabelecimentos, a contratante deve estender aos empregados da contratada a assistência de seus Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, sejam estes centralizados ou por estabelecimento. (104.016-2 / I₁)

4.6. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho das empresas que operem em regime sazonal deverão ser dimensionados, tomando-se por base a média aritmética do número de trabalhadores do ano civil anterior e obedecidos os Quadros I e II anexos. (104.017-0 / I₁)

4.7. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão ser chefiados por profissional qualificado, segundo os requisitos especificados no subitem 4.4.1 desta NR. (104.018-9 / I₁)

4.8. O técnico de segurança do trabalho e o auxiliar de enfermagem do trabalho deverão dedicar 8 (oito) horas por dia para as atividades dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, de acordo com o estabelecido no Quadro II, anexo. (104.019-7 / I₁)

4.9. O engenheiro de segurança do trabalho, o médico do trabalho e o enfermeiro do trabalho deverão dedicar, no mínimo, 3 (três) horas (tempo parcial) ou 6 (seis) horas (tempo integral) por dia para as atividades dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, de acordo com o estabelecido no Quadro II, anexo, respeitada a legislação pertinente em vigor. (104.020-0 / I₁)

4.10. Ao profissional especializado em Segurança e em Medicina do Trabalho é vedado o exercício de outras atividades na empresa, durante o horário de sua atuação nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. (104.021-9 / I₂)

4.11. Ficará por conta exclusiva do empregador todo o ônus decorrente da instalação e manutenção dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. (104.022-7 / I₂)

4.12. Compete aos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho:

a) aplicar os conhecimentos de engenharia de segurança e de medicina do trabalho ao ambiente de trabalho e a todos os seus componentes, inclusive máquinas e equipamentos, de modo a reduzir até eliminar os riscos ali existentes à saúde do trabalhador;

b) determinar, quando esgotados todos os meios conhecidos para a eliminação do risco e este persistir, mesmo reduzido, a utilização, pelo trabalhador, de Equipamentos de Proteção Individual-EPI, de acordo com o que determina a NR 6, desde que a concentração, a intensidade ou característica do agente assim o exijam;

c) colaborar, quando solicitado, nos projetos e na implantação de novas instalações físicas e tecnológicas da empresa, exercendo a competência disposta na alínea "a";

d) responsabilizar-se tecnicamente pela orientação quanto ao cumprimento do disposto nas NR aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;

e) manter permanente relacionamento com a CIPA, valendo-se ao máximo de suas observações, além de apoiá-la, treiná-la e atendê-la, conforme dispõe a NR 5;

f) promover a realização de atividades de conscientização, educação e orientação dos trabalhadores para a prevenção de acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, tanto através de campanhas quanto de programas de duração permanente;

g) esclarecer e conscientizar os empregadores sobre acidentes do trabalho e doenças ocupacionais, estimulando-os em favor da prevenção;

h) analisar e registrar em documento(s) específico(s) todos os acidentes ocorridos na empresa ou estabelecimento, com ou sem vítima, e todos os casos de doença ocupacional, descrevendo a história e as características do acidente e/ou da doença ocupacional, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do(s) indivíduo(s) portador(es) de doença ocupacional ou acidentado(s);

i) registrar mensalmente os dados atualizados de acidentes do trabalho, doenças ocupacionais e agentes de insalubridade preenchendo, no mínimo, os quesitos descritos nos modelos de mapas constantes nos Quadros III, IV, V e VI, devendo a empresa encaminhar um mapa contendo avaliação anual dos mesmos dados à Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho até o dia 31 de janeiro, através do órgão regional do MTb;

j) manter os registros de que tratam as alíneas "h" e "i" na sede dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho ou facilmente alcançáveis a partir da mesma, sendo de livre escolha da empresa o método de arquivamento e recuperação, desde que sejam asseguradas condições de acesso aos registros e entendimento de seu conteúdo, devendo ser guardados somente os mapas anuais dos dados correspondentes às alíneas "h" e "i" por um período não-inferior a 5 (cinco) anos;

l) as atividades dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho são essencialmente preventivistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando tornar-se necessário. Entretanto, a elaboração de planos de controle de efeitos de catástrofes, de disponibilidade de meios que visem ao combate a incêndios e ao salvamento e de imediata atenção à vítima deste ou de qualquer outro tipo de acidente estão incluídos em suas atividades.

4.13. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverão manter entrosamento permanente com a CIPA, dela valendo-se como agente multiplicador, e deverão estudar suas observações e solicitações, propondo soluções corretivas e preventivas, conforme o disposto no subitem 5.14.1. da NR 5.

4.14. As empresas cujos estabelecimentos não se enquadrem no Quadro II, anexo a esta NR, poderão dar assistência na área de segurança e medicina do trabalho a seus empregados através de Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho comuns, organizados pelo sindicato ou associação da categoria econômica correspondente ou pelas próprias empresas interessadas.

4.14.1. A manutenção desses Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho deverá ser feita pelas empresas usuárias, que participarão das despesas em proporção ao número de empregados de cada uma.

4.14.2. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho previstos no item 4.14 deverão ser dimensionados em função do somatório dos empregados das empresas participantes, obedecendo ao disposto nos Quadros I e II e no subitem 4.2.12, desta NR.

4.15. As empresas referidas no item 4.14 poderão optar pelos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho de instituição oficial ou instituição privada de utilidade pública, cabendo às empresas o custeio das despesas, na forma prevista no subitem 4.14.1.

4.16. As empresas cujos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho não possuam médico do trabalho e/ou engenheiro de segurança do trabalho, de acordo com o Quadro II desta NR, poderão se utilizar dos serviços destes profissionais existentes nos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho mencionados no item 4.14 e subitem 4.14.1 ou no item 4.15, para atendimento do disposto nas NR.

4.16.1. O ônus decorrente dessa utilização caberá à empresa solicitante.

4.17. Os serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho de que trata esta NR deverão ser registrados no órgão regional do MTb. (104.023-5 / I1)

4.17.1. O registro referido no item 4.17 deverá ser requerido ao órgão regional do MTb e o requerimento deverá conter os seguintes dados:

- a) nome dos profissionais integrantes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho;
- b) número de registro dos profissionais na Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho do MTb;
- c) número de empregados da requerente e grau de risco das atividades, por estabelecimento;
- d) especificação dos turnos de trabalho, por estabelecimento;
- e) horário de trabalho dos profissionais dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

4.18. Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho, já constituídos, deverão ser redimensionados nos termos desta NR e a empresa terá 90 (noventa) dias de prazo, a partir da publicação desta Norma, para efetuar o redimensionamento e o registro referido no item 4.17. (104.024-3 / I₁)

4.19. A empresa é responsável pelo cumprimento da NR, devendo assegurar, como um dos meios para concretizar tal responsabilidade, o exercício profissional dos componentes dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. O impedimento do referido exercício profissional, mesmo que parcial e o desvirtuamento ou desvio de funções constituem, em conjunto ou separadamente, infrações classificadas no grau I4, se devidamente comprovadas, para os fins de aplicação das penalidades previstas na NR 28. (104.025-1 / I4)

4.20. Quando se tratar de empreiteiras ou empresas prestadoras de serviços, considera-se estabelecimento, para fins de aplicação desta NR, o local em que os seus empregados estiverem exercendo suas atividades

QUADRO I

CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS

A – AGRICULTURA, PECUÁRIA, SILVICULTURA E EXPLORAÇÃO FLORESTAL

01 AGRICULTURA, PECUÁRIA E SERVIÇOS RELACIONADOS COM ESSAS ATIVIDADES

01.1	Produção de Lavouras Temporárias	Grau de Risco
01.11-2	cultivo de cereais	3
01.12-0	cultivo de algodão herbáceo	3
01.13-9	cultivo de cana-de-açúcar	3
01.14-7	cultivo de fumo	3
01.15-5	cultivo de soja	3
01.19-8	cultivo de outros produtos temporários	3
01.2	Horticultura e Produtos de Viveiro	
01.21-0	cultivo de hortaliças, legumes e especiarias hortícolas	3
01.22-8	cultivo de flores e plantas ornamentais	3
01.3	Produção de Lavouras Permanentes	
01.31-7	cultivo de frutas cítricas	3
01.32-5	cultivo de café	3
01.33-3	cultivo de cacau	3
01.34.1	cultivo de uva	3
01.39-2	cultivo de outras frutas, frutos secos, plantas para preparo de bebidas e para produção de condimentos	3

01.4	Pecuária	
01.41-4	criação de bovinos	3
01.42-2	criação de outros animais de grande porte	3
01.43-0	criação de ovinos	3
01.44-9	criação de suínos	3
01.45-7	criação de aves	3
01.46-5	criação de outros animais	3
01.5	Produção Mista: Lavoura e Pecuária	
01.50-3	produção mista: lavoura e pecuária	3
01.6	Atividades de Serviços Relacionados com a Agricultura e Pecuária, Exceto Atividades Veterinárias	
01.61-9	atividades de serviços relacionados com a agricultura	3
01.62-7	atividades de serviços relacionados com a pecuária, exceto atividades veterinárias	3
2	SILVICULTURA, EXPLORAÇÃO FLORESTAL E SERVIÇOS RELACIONADOS COM ESTAS ATIVIDADES	
02.1	Silvicultura, Exploração Florestal e Serviços Relacionados com estas Atividades	
02.11-9	silvicultura	3
02.12-7	exploração florestal	3
02.13-5	atividades dos serviços relacionados com a silvicultura e a exploração floresta	3
	I	
B -	PESCA	
5	PESCA, AQUICULTURA E ATIVIDADE DOS SERVIÇOS RELACIONADOS COM ESTAS ATIVIDADES	
05.1	Pesca, Aquicultura e Atividades dos Serviços Relacionados com estas Atividades	
05.11-8	pesca	3
05.12-6	aquicultura	3

C -	INDÚSTRIAS EXTRATIVAS	
10	EXTRAÇÃO DE CARVÃO MINERAL	4
10.0 4	Extração De Carvão Mineral	4
10.00-6	Extração de carvão mineral	
10	EXTRAÇÃO DE PETRÓLEO E SERVIÇOS CORRELATOS	
11.1	Extração de Petróleo e Gás Natural	
11.10-0 4	extração de petróleo e gás natural	4
11.2	Serviços Relacionados com a Extração de Petróleo e Gás - Exceto a Prospecção Realizada por Terceiros	
11.20-7	serviços relacionados com a extração de petróleo e gás - exceto a prospecção realizada por terceiros	4
13	EXTRAÇÃO DE MINERAIS METÁLICOS	
13.1	Extração de Minério de Ferro	
13.10-2	extração de minério de ferro	4
13.2	Extração de Minérios Metálicos Não-Ferrosos	
13.21-8	extração de minério de alumínio	4
13.22-6	extração de minério de estanho	4
13.23-4	extração de minério de manganês	4
13.24-2	extração de minério de metais preciosos	4
13.25-0	extração de minerais radioativos	4
13.29-3	extração de outros minerais metálicos não-ferrosos	4
14	EXTRAÇÃO DE MINERAIS NÃO-METÁLICOS	
14.1	Extração de Pedra, Areia e Argila	
14.10-9	extração de pedra, areia e argila	4
14.2	Extração De Outros Minerais Não-Metálicos	
14.21-4	extração de minerais para fabricação de adubos, fertilizantes e produtos químicos	4

14.22-2	extração e refino de sal marinho e sal-gema	4
14.29-0	Extração de outros minerais não-metálicos	4
D -	INDÚSTRIA DE TRANSFORMAÇÃO	
15	FABRICAÇÃO DE PRODUTOS ALIMENTÍCIOS E BEBIDAS	
15.1	Abate e Preparação de Produtos de Carne e de Pescado	
15.11-3	abate de reses, preparação de produtos de carne	3
15.12-1	abate de aves e outros pequenos animais e preparação de produtos de carne	3
15.13-0	preparação de carne, banha e produtos de salsicharia não-associadas ao abate	3
15.14-8	preparação e preservação do pescado e fabricação de conservas de peixes, crustáceos e moluscos	3
15.2	Processamento, Preservação e Produção de Conservas de Frutas, Legumes e Outros Vegetais	
15.21-0	processamento, preservação e produção de conservas de frutas	3
15.22-9	processamento, preservação e produção de conservas de legumes e outros vegetais	3
15.23-7	produção de sucos de frutas e de legumes	3
15.3	Produção de Óleos e Gorduras Vegetais e Animais	
15.31-8	produção de óleos vegetais em bruto	3
15.32-6	refino de óleos vegetais	3
15.33-4	preparação de margarina e outras gorduras vegetais e de óleos de origem animal não-comestíveis	3
15.4	Laticínios	
15.41-5	preparação do leite	3
15.42-3	fabricação de produtos do laticínio	3
15.43-1	fabricação de sorvetes	3
15.5	Moagem, Fabricação de Produtos Amiláceos e de Rações Balanceadas para Animais	
15.51-2	beneficiamento de arroz e fabricação de produtos do arroz	3
15.52-0	moagem de trigo e fabricação de derivados	3

15.53-9	fabricação de farinha de mandioca e derivados	3
15.54-7	fabricação de fubá e farinha de milho	3
15.55-5	fabricação de amidos e féculas de vegetais e fabricação de óleos de milho	3
15.56-3	fabricação de rações balanceadas para animais	3
15.59-8	beneficiamento, moagem e preparação de outros alimentos de origem vegetal	3
		3
15.6	Fabricação e Refino de Açúcar	
15.61-0	usinas de açúcar	3
15.62-8	refino e moagem de açúcar	3
15.7	Torrefação e Moagem de Café	
15.71-7 3	torrefação e moagem de café	3
15.72-5	fabricação de café solúvel	3
15.8	Fabricação de Outros Produtos Alimentícios	
15.81-4	fabricação de produtos de padaria, confeitaria e pastelaria	3
15.82-2	fabricação de biscoitos e bolachas	3
15.83-0 3	produção de derivados de cacau e elaboração de chocolates, balas, gomas de mascar	3
15.84-9	fabricação de massas alimentícias	3
15.85-7	preparação de especiarias, molhos, temperos e condimentos	3
15.86-5	preparação de produtos dietéticos, alimentos para crianças e outros alimentos conservados	
15.89-0	fabricação de outros produtos alimentícios	3
15.9	Fabricação de Bebidas	
15.91-1	fabricação, retificação, homogeneização e mistura de aguardentes e outras bebidas destiladas	3
15.92-0	fabricação de vinho	3
15.93-8	fabricação de malte, cervejas e chopes	3
15.94-6	engarramento e gaseificação de águas minerais	3
15.95-4	fabricação de refrigerantes e refrescos	3
16	FABRICAÇÃO DE PRODUTOS DO FUMO	
16.0	Fabricação de Produtos do Fumo	

16.00-4	fabricação de produtos do fumo	3
17	FABRICAÇÃO DE PRODUTOS TÊXTEIS	
17.1	Beneficiamento de Fibras Têxteis Naturais	
17.11-6	beneficiamento de algodão	3
17.19-1	beneficiamento de outras fibras têxteis naturais	3
17.2	Fiação	
17.21-6	fiação de algodão	3
17.22-1	fiação de outras fibras têxteis naturais	3
17.23-0	fiação de fibras artificiais ou sintéticas	3
17.24-8	fabricação de linhas e fios para coser e bordar	3
17.3	Tecelagem - Inclusive Fiação e Tecelagem	
17.31-0	tecelagem de algodão	3
17.32-9	tecelagem de fios de fibras têxteis naturais	3
17.33-7	tecelagem de fios e filamentos contínuos artificiais ou sintéticos	3
17.4	Fabricação de Artefatos Têxteis Incluindo Tecelagem	
17.41-8	fabricação de artigos de tecido de uso doméstico incluindo tecelagem	3
17.49-3	fabricação de outros artefatos têxteis incluindo tecelagem	3
17.5	Serviços de Acabamento em Fios, Tecidos e Artigos Têxteis	
17.50-7	serviços de acabamento em fios, tecidos e artigos têxteis produzidos por terceiros	3
17.6	Fabricação de Artefatos Têxteis a Partir de Tecidos - Exclusive Vestuário - e de Outros Artigos Têxteis	
17.61-2	fabricação de artefatos têxteis a partir de tecidos	2
17.62-0	fabricação de artefatos de tapeçaria	2
17.63-9	fabricação de artefatos de cordoaria	2
17.64-7	fabricação de tecidos especiais - inclusive artefatos	2
17.69-8	fabricação de outros artigos têxteis - exclusive vestuário	
17.69-9	produzidos em malharias (tricotagens)	
17.7	Fabricação de Tecidos e Artigos de Malhas	

17.71.0	fabricação de tecidos de malha	2
17.72-8	fabricação de meias	2
17.79-5	fabricação de outros artigos do vestuário produzidos em malharias (tricotagens)	2

Quadro II - Dimensionamento do SESMT

Grau de Risco	N.º de empregados [®]	50	101	251	501	1001	2001	3501	Acima de 5000, p/ cada grupo de 4000, ou fração acima de 2000 **
		a	a	a	a	a	a	a	
	Técnicos	100	250	500	1000	2000	3500	5000	
1	Téc. Seg. Trab.				1	1	1	2	1
	Eng. Seg. Trab.						1*	1	1*
	Aux. Enf. Trab.						1	1	1
	Enfermeiro Trab.							1*	
	Méd. Trab.					1*	1*	1	1*
2	Téc. Seg. Trab.				1	1	2	5	1
	Eng. Seg. Trab.					1*	1	1	1*
	Aux. Enf. Trab.					1	1	1	1
	Enfermeiro Trab.							1	
	Méd. Trab.					1*	1	1	1
3	Téc. Seg. Trab.		1	2	3	4	6	8	3
	Eng. Seg. Trab.				1*	1	1	2	1
	Aux. Enf. Trab.					1	2	1	1
	Enfermeiro Trab.							1	
	Méd. Trab.				1*	1	1	2	1
4	Téc. Seg. Trab.	1	2	3	4	5	8	10	3
	Eng. Seg. Trab.		1*	1*	1	1	2	3	1
	Aux. Enf. Trab.				1	1	2	1	1
	Enfermeiro Trab.							1	
	Méd. Trab.		1*	1*	1	1	2	3	1

* Tempo parcial (mínimo de 3 horas)

** O dimensionamento total deverá ser feito levando-se em consideração o dimensionamento da faixa de 3501 a 5000 mais o dimensionamento do(s) grupo(s) de 4000 ou fração de 2000.

➔ Hospitais, Ambulatórios, Maternidades, Casas de Saúde e Repouso, Clínicas e estabelecimentos similares com mais de 500 (quinhentos) empregados deverão contratar um Enfermeiro do Trabalho em tempo integral.

NR 9 –**PROGRAMA DE PREVENÇÃO DE RISCOS AMBIENTAIS****9.1. Do objeto e campo de aplicação.**

9.1.1. Esta Norma Regulamentadora - NR estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores e instituições que admitam trabalhadores como empregados, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da antecipação, reconhecimento, avaliação e conseqüente controle da ocorrência de riscos ambientais existentes ou que venham a existir no ambiente de trabalho, tendo em consideração a proteção do meio ambiente e dos recursos naturais. (109.001-1 / I₂)

9.1.2. As ações do PPRA devem ser desenvolvidas no âmbito de cada estabelecimento da empresa, sob a responsabilidade do empregador, com a participação dos trabalhadores, sendo sua abrangência e profundidade dependentes das características dos riscos e das necessidades de controle. (109.002-0 / I₂)

9.1.2.1. Quando não forem identificados riscos ambientais nas fases de antecipação ou reconhecimento, descritas no itens, 9.3.2 e 9.3.3, o PPRA poderá resumir-se às etapas previstas nas alíneas "a" e "f" do subitem 9.3.1.

9.1.3. O PPRA é parte integrante do conjunto mais amplo das iniciativas da empresa no campo da preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, devendo estar articulado com o disposto nas demais NR, em especial com o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO previsto na NR 7.

9.1.4. Esta NR estabelece os parâmetros mínimos e diretrizes gerais a serem observadas na execução do PPRA, podendo os mesmos ser ampliados mediante negociação coletiva de trabalho.

9.1.5. Para efeito desta NR, consideram-se riscos ambientais, os agentes, físico, químico e biológico existentes no ambiente de trabalho que, em função de sua natureza, concentração ou intensidade e tempo de exposição, são capazes de causar danos à saúde do trabalhador.

9.1.5.1. Consideram-se agentes físicos as diversas formas de energia a que possam estar expostos os trabalhadores, tais como: ruído, vibrações, pressões anormais, temperaturas extremas, radiações ionizantes, radiações não-ionizantes, bem como o

infra-som e o ultra-som.

9.1.5.2. Consideram-se agentes químicos as substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pela via respiratória, nas formas de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores, ou que, pela natureza da atividade de exposição, possam ter contato ou ser absorvido pelo organismo através da pele ou por ingestão.

9.1.5.3. Consideram-se agentes biológicos as bactérias, fungos, bacilos, parasitas, protozoários, vírus, entre outros.

9.2. Da estrutura do PPRA.

9.2.1. O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá conter, no mínimo, a seguinte estrutura:

a) planejamento anual com estabelecimento de metas, prioridades e cronograma; (109.003-8 / I₁)

b) estratégia e metodologia de ação; (109.004-6 / I₁)

c) forma do registro, manutenção e divulgação dos dados; (109.005-4 / I₁)

d) periodicidade e forma de avaliação do desenvolvimento do PPRA. (109.006-2 / I₁)

9.2.1.1. Deverá ser efetuada, sempre que necessário, e pelo menos uma vez ao ano, uma análise global do PPRA para avaliação do seu desenvolvimento e realização dos ajustes necessários e estabelecimento de novas metas e prioridades. (109.007-0 / I₂)

9.2.2. O PPRA deverá estar descrito num documento-base contendo todos os aspectos estruturais constantes do item 9.2.1.

9.2.2.1. O documento-base e suas alterações e complementações deverão ser apresentados e discutidos na CIPA, quando existente na empresa, de acordo com a NR 5, sendo sua cópia anexada ao livro de atas desta Comissão. (109.008-9 / I₂)

9.2.2.2. O documento-base e suas alterações deverão estar disponíveis de modo a proporcionar o imediato acesso às autoridades competentes. (109.009-7 / I₂)

9.2.3. O cronograma previsto no item 9.2.1 deverá indicar claramente os prazos para o desenvolvimento das etapas e cumprimento das metas do PPRA.

9.3. Do desenvolvimento do PPRA.

9.3.1. O Programa de Prevenção de Riscos Ambientais deverá incluir as seguintes

etapas:

- a) antecipação e reconhecimento dos riscos; (109.010-0 / I₁)
- b) estabelecimento de prioridades e metas de avaliação e controle; (109.011-9 / I₁)
- c) avaliação dos riscos e da exposição dos trabalhadores; (109.012-7 / I₁)
- d) implantação de medidas de controle e avaliação de sua eficácia; (109.013-5 / I₁)
- e) monitoramento da exposição aos riscos; (109.014-3 / I₁)
- f) registro e divulgação dos dados. (109.015-1 / I₁)

9.3.1.1. A elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação do PPRA poderão ser feitas pelo Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho - SESMT ou por pessoa ou equipe de pessoas que, a critério do empregador, sejam capazes de desenvolver o disposto nesta NR.

9.3.2. A antecipação deverá envolver a análise de projetos de novas instalações, métodos ou processos de trabalho, ou de modificação dos já existentes, visando a identificar os riscos potenciais e introduzir medidas de proteção para sua redução ou eliminação. (109.016-0 / I₁)

9.3.3. O reconhecimento dos riscos ambientais deverá conter os seguintes itens, quando aplicáveis:

- a) a sua identificação; (109.017-8 / I₃)
- b) a determinação e localização das possíveis fontes geradoras; (109.018-6 / I₃)
- c) a identificação das possíveis trajetórias e dos meios de propagação dos agentes no ambiente de trabalho; (109.019-4 / I₃)
- d) a identificação das funções e determinação do número de trabalhadores expostos; (109.020-8 / I₃)
- e) a caracterização das atividades e do tipo da exposição; (109.021-6 / I₃)
- f) a obtenção de dados existentes na empresa, indicativos de possível comprometimento da saúde decorrente do trabalho; (109.022-4 / I₃)
- g) os possíveis danos à saúde relacionados aos riscos identificados, disponíveis na literatura técnica; (109.023-2 / I₃)

h) a descrição das medidas de controle já existentes. (109.024-0 / I₃)

9.3.4. A avaliação quantitativa deverá ser realizada sempre que necessária para:

a) comprovar o controle da exposição ou a inexistência dos riscos identificados na etapa de reconhecimento; (109.025-9 / I₁)

b) dimensionar a exposição dos trabalhadores; (109.026-7 / I₁)

c) subsidiar o equacionamento das medidas de controle. (109.027-5 / I₁)

9.3.5. Das medidas de controle.

9.3.5.1. Deverão ser adotadas as medidas necessárias e suficientes para a eliminação, a minimização ou o controle dos riscos ambientais sempre que forem verificadas uma ou mais das seguintes situações:

a) identificação, na fase de antecipação, de risco potencial à saúde; (109.028-3 / I₃)

b) constatação, na fase de reconhecimento de risco evidente à saúde; (109.029-1 / I₁)

c) quando os resultados das avaliações quantitativas da exposição dos trabalhadores excederem os valores dos limites previstos na NR 15 ou, na ausência destes os valores de limites de exposição ocupacional adotados pela American Conference of Governmental Industrial Hygienists-ACGIH, ou aqueles que venham a ser estabelecidos em negociação coletiva de trabalho, desde que mais rigorosos do que os critérios técnico-legais estabelecidos; (109.030-5 / I₁)

d) quando, através do controle médico da saúde, ficar caracterizado onexo causal entre danos observados na saúde dos trabalhadores e a situação de trabalho a que eles ficam expostos. (109.031-3 / I₁)

9.3.5.2. O estudo desenvolvimento e implantação de medidas de proteção coletiva deverão obedecer à seguinte hierarquia:

a) medidas que eliminam ou reduzam a utilização ou a formação de agentes prejudiciais à saúde;

b) medidas que previnam a liberação ou disseminação desses agentes no ambiente de trabalho;

c) medidas que reduzam os níveis ou a concentração desses agentes no ambiente de

trabalho.

9.3.5.3. A implantação de medidas de caráter coletivo deverá ser acompanhada de treinamento dos trabalhadores quanto aos procedimentos que assegurem a sua eficiência e de informação sobre as eventuais limitações de proteção que ofereçam. (109.032-1 / I₁)

9.3.5.4. Quando comprovado pelo empregador ou instituição, a inviabilidade técnica da adoção de medidas de proteção coletiva ou quando estas não forem suficientes ou encontrarem-se em fase de estudo, planejamento ou implantação ou ainda em caráter complementar ou emergencial, deverão ser adotadas outras medidas obedecendo-se à seguinte hierarquia:

- a) medidas de caráter administrativo ou de organização do trabalho;
- b) utilização de Equipamento de Proteção Individual - EPI.

9.3.5.5. A utilização de EPI no âmbito do programa deverá considerar as Normas Legais e Administrativas em vigor e envolver no mínimo:

- a) seleção do EPI adequado tecnicamente ao risco a que o trabalhador está exposto e à atividade exercida, considerando-se a eficiência necessária para o controle da exposição ao risco e o conforto oferecido segundo avaliação do trabalhador usuário;
- b) programa de treinamento dos trabalhadores quanto à sua correta utilização e orientação sobre as limitações de proteção que o EPI oferece;
- c) estabelecimento de normas ou procedimentos para promover o fornecimento, o uso, a guarda, a higienização, a conservação, a manutenção e a reposição do EPI, visando a garantir as condições de proteção originalmente estabelecidas;
- d) caracterização das funções ou atividades dos trabalhadores, com a respectiva identificação do EPI utilizado para os riscos ambientais.

9.3.5.6. O PPRA deve estabelecer critérios e mecanismos de avaliação da eficácia das medidas de proteção implantadas considerando os dados obtidos nas avaliações realizadas e no controle médico da saúde previsto na NR 7.

9.3.6. Do nível de ação.

9.3.6.1. Para os fins desta NR, considera-se nível de ação o valor acima do qual devem ser iniciadas ações preventivas de forma a minimizar a probabilidade de que as exposições a agentes ambientais ultrapassem os limites de exposição. As ações devem incluir o monitoramento periódico da exposição, a informação aos

trabalhadores e o controle médico.

9.3.6.2. Deverão ser objeto de controle sistemático as situações que apresentem exposição ocupacional acima dos níveis de ação, conforme indicado nas alíneas que seguem:

a) para agentes químicos, a metade dos limites de exposição ocupacional considerados de acordo com a alínea "c" do subitem 9.3.5.1; (109.033-0 / I₂)

b) para o ruído, a dose de 0,5 (dose superior a 50%), conforme critério estabelecido na NR 15, Anexo I, item 6. (109.034-8 / I₂)

9.3.7. Do monitoramento.

9.3.7.1. Para o monitoramento da exposição dos trabalhadores e das medidas de controle deve ser realizada uma avaliação sistemática e repetitiva da exposição a um dado risco, visando à introdução ou modificação das medidas de controle, sempre que necessário.

9.3.8. Do registro de dados.

9.3.8.1. Deverá ser mantido pelo empregador ou instituição um registro de dados, estruturado de forma a constituir um histórico técnico e administrativo do desenvolvimento do PPRA. (109.035-6 / I₁)

9.3.8.2. Os dados deverão ser mantidos por um período mínimo de 20 (vinte) anos. (109.036-4 / I₁)

9.3.8.3. O registro de dados deverá estar sempre disponível aos trabalhadores interessados ou seus representantes e para as autoridades competentes. (109.037-2 / I₁)

9.4. Das responsabilidades.

9.4.1. Do empregador:

I - estabelecer, implementar e assegurar o cumprimento do PPRA como atividade permanente da empresa ou instituição.

9.4.2. Dos trabalhadores:

I - colaborar e participar na implantação e execução do PPRA;

II - seguir as orientações recebidas nos treinamentos oferecidos dentro do PPRA;

III- informar ao seu superior hierárquico direto ocorrências que, a seu julgamento, possam implicar risco à saúde dos trabalhadores.

9.5. Da informação.

9.5.1. Os trabalhadores interessados terão o direito de apresentar propostas e receber informações e orientações a fim de assegurar a proteção aos riscos ambientais identificados na execução do PPRA. (109.038-0 / I₂)

9.5.2. Os empregadores deverão informar os trabalhadores de maneira apropriada e suficiente sobre os riscos ambientais que possam originar-se nos locais de trabalho e sobre os meios disponíveis para prevenir ou limitar tais riscos e para proteger-se dos mesmos.

9.6. Das disposições finais.

9.6.1. Sempre que vários empregadores realizem, simultaneamente, atividade no mesmo local de trabalho terão o dever de executar ações integradas para aplicar as medidas previstas no PPRA visando à proteção de todos os trabalhadores expostos aos riscos ambientais gerados. (109.039-9 / I₂)

9.6.2. O conhecimento e a percepção que os trabalhadores têm do processo de trabalho e dos riscos ambientais presentes, incluindo os dados consignados no Mapa de Riscos, previsto na NR 5, deverão ser considerados para fins de planejamento e execução do PPRA em todas as suas fases. (109.040-2 / I₂)

9.6.3. O empregador deverá garantir que, na ocorrência de riscos ambientais nos locais de trabalho que coloquem em situação de grave e iminente risco um ou mais trabalhadores, os mesmos possam interromper de imediato as suas atividades, comunicando o fato ao superior hierárquico direto para as devidas providências. (109.041-0 / I₂)

NR 17 – NORMA REGULAMENTADORA EM ERGONOMIA

17.1. Esta Norma Regulamentadora visa a estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente.

17.1.1. As condições de trabalho incluem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho e à própria organização do trabalho.

17.1.2. Para avaliar a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, cabe ao empregador realizar a análise ergonômica do trabalho, devendo a mesma abordar, no mínimo, as condições de trabalho conforme estabelecido nesta Norma Regulamentadora.

17.2. Levantamento, transporte e descarga individual de materiais.

17.2.1. Para efeito desta Norma Regulamentadora:

17.2.1.1. Transporte manual de cargas designa todo transporte no qual o peso da carga é suportado inteiramente por um só trabalhador, compreendendo o levantamento e a deposição da carga.

17.2.1.2. Transporte manual regular de cargas designa toda atividade realizada de maneira contínua ou que inclua, mesmo de forma descontínua, o transporte manual de cargas.

17.2.1.3. Trabalhador jovem designa todo trabalhador com idade inferior a 18 (dezoito) anos e maior de 14 (quatorze) anos.

17.2.2. Não deverá ser exigido nem admitido o transporte manual de cargas, por um trabalhador cujo peso seja suscetível de comprometer sua saúde ou sua segurança. (117.001-5 / I₁)

17.2.3. Todo trabalhador designado para o transporte manual regular de cargas, que não as leves, deve receber treinamento ou instruções satisfatórias quanto aos métodos de trabalho que deverá utilizar com vistas a salvaguardar sua saúde e prevenir acidentes. (117.002-3 / I₂)

17.2.4. Com vistas a limitar ou facilitar o transporte manual de cargas, deverão ser usados meios técnicos apropriados.

17.2.5. Quando mulheres e trabalhadores jovens foram designados para o transporte manual de cargas, o peso máximo destas cargas deverá ser nitidamente inferior àquele

admitido para os homens, para não comprometer a sua saúde ou sua segurança. (117.003-1 / I₁)

17.2.6. O transporte e a descarga de materiais feitos por impulsão ou tração de vagonetes sobre trilhos, carros de mão ou qualquer outro aparelho mecânico deverão ser executados de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou sua segurança. (117.004-0 / I₁)

17.2.7. O trabalho de levantamento de material feito com equipamento mecânico de ação manual deverá ser executado de forma que o esforço físico realizado pelo trabalhador seja compatível com sua capacidade de força e não comprometa a sua saúde ou sua segurança. (117.005-8 / I₁)

17.3. Mobiliário dos postos de trabalho.

17.3.1. Sempre que o trabalho puder ser executado na posição sentada, o posto de trabalho deve ser planejado ou adaptado para esta posição. (117.006-6 / I₁)

17.3.2. Para trabalho manual sentado ou que tenha de ser feito em pé, as bancadas, mesas, escrivaninhas e os painéis devem proporcionar ao trabalhador condições de boa postura, visualização e operação e devem atender aos seguintes requisitos mínimos:

a) ter altura e características da superfície de trabalho compatíveis com o tipo de atividade, com a distância requerida dos olhos ao campo de trabalho e com a altura do assento; (117.007-4 / I₂)

b) ter área de trabalho de fácil alcance e visualização pelo trabalhador; (117.008-2 / I₂)

c) ter características dimensionais que possibilitem posicionamento e movimentação adequados dos segmentos corporais. (117.009-0 / I₂)

17.3.2.1. Para trabalho que necessite também da utilização dos pés, além dos requisitos estabelecidos no subitem 17.3.2 os pedais e demais comandos para acionamento pelos pés devem ter posicionamento e dimensões que possibilitem fácil alcance, bem como ângulos adequados entre as diversas partes do corpo do trabalhador em função das características e peculiaridades do trabalho a ser executado. (117.010-4 / I₂)

17.3.3. Os assentos utilizados nos postos de trabalho devem atender aos seguintes requisitos mínimos de conforto:

a) altura ajustável à estatura do trabalhador e à natureza da função exercida; (117.011-2 / I₁)

b) características de pouca ou nenhuma conformação na base do assento; (117.012-0 / I₁)

c) borda frontal arredondada; (117.013-9 / I₁)

d) encosto com forma levemente adaptada ao corpo para proteção da região lombar. (117.014-7 / I₁)

17.3.4. Para as atividades em que os trabalhos devam ser realizados sentados, a partir da análise ergonômica do trabalho, poderá ser exigido suporte para os pés que se adapte ao comprimento da perna do trabalhador. (117.015-5 / I₁)

17.3.5. Para as atividades em que os trabalhos devam ser realizados de pé, devem ser colocados assentos para descanso em locais em que possam ser utilizados por todos os trabalhadores durante as pausas. (117.016-3 / I₂)

17.4. Equipamentos dos postos de trabalho.

17.4.1. Todos os equipamentos que compõem um posto de trabalho devem estar adequados às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.4.2. Nas atividades que envolvam leitura de documentos para digitação, datilografia ou mecanografia deve:

a) ser fornecido suporte adequado para documentos que possa ser ajustado proporcionando boa postura, visualização e operação, evitando movimentação freqüente do pescoço e fadiga visual; (117.017-1 / I₁)

b) ser utilizado documento de fácil legibilidade sempre que possível, sendo vedada a utilização do papel brilhante, ou de qualquer outro tipo que provoque ofuscamento. (117.018-0 / I₁)

17.4.3. Os equipamentos utilizados no processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo devem observar o seguinte:

a) condições de mobilidade suficientes para permitir o ajuste da tela do equipamento à iluminação do ambiente, protegendo-a contra reflexos, e proporcionar corretos ângulos de visibilidade ao trabalhador; (117.019-8 / I₂)

b) o teclado deve ser independente e ter mobilidade, permitindo ao trabalhador ajustá-lo de acordo com as tarefas a serem executadas; (117.020-1 / I₂)

c) a tela, o teclado e o suporte para documentos devem ser colocados de maneira que as distâncias olho-tela, olho-teclado e olho-documento sejam aproximadamente iguais; (117.021-0 / I₂)

d) serem posicionados em superfícies de trabalho com altura ajustável. (117.022-8 / I₂)

17.4.3.1. Quando os equipamentos de processamento eletrônico de dados com terminais de vídeo forem utilizados eventualmente poderão ser dispensadas as exigências previstas no subitem 17.4.3 observada a natureza das tarefas executadas e levando-se em conta a análise ergonômica do trabalho.

17.5. Condições ambientais de trabalho.

17.5.1. As condições ambientais de trabalho devem estar adequadas às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.5.2. Nos locais de trabalho onde são executadas atividades que exijam solicitação intelectual e atenção constante, tais como: salas de controle, laboratórios, escritórios, salas de desenvolvimento ou análise de projetos, dentre outros, são recomendadas as seguintes condições de conforto:

a) níveis de ruído de acordo com o estabelecido na NBR 10152, norma brasileira registrada no INMETRO; (117.023-6 / I₂)

b) índice de temperatura efetiva entre 20°C (vinte) e 23°C (vinte e três graus centígrados); (117.024-4 / I₂)

c) velocidade do ar não-superior a 0,75m/s; (117.025-2 / I₂)

d) umidade relativa do ar não-inferior a 40 (quarenta) por cento. (117.026-0 / I₂)

17.5.2.1. Para as atividades que possuam as características definidas no subitem 17.5.2, mas não apresentam equivalência ou correlação com aquelas relacionadas na NBR 10152, o nível de ruído aceitável para efeito de conforto será de até 65 dB (A) e a curva de avaliação de ruído (NC) de valor não-superior a 60 dB.

17.5.2.2. Os parâmetros previstos no subitem 17.5.2 devem ser medidos nos postos de trabalho, sendo os níveis de ruído determinados próximos à zona auditiva e as demais variáveis na altura do tórax do trabalhador.

17.5.3. Em todos os locais de trabalho deve haver iluminação adequada, natural ou artificial, geral ou suplementar, apropriada à natureza da atividade.

17.5.3.1. A iluminação geral deve ser uniformemente distribuída e difusa.

17.5.3.2. A iluminação geral ou suplementar deve ser projetada e instalada de forma a evitar ofuscamento, reflexos incômodos, sombras e contrastes excessivos.

17.5.3.3. Os níveis mínimos de iluminamento a serem observados nos locais de trabalho são os valores de iluminâncias estabelecidos na NBR 5413, norma brasileira registrada no INMETRO. (117.027-9 / I₂)

17.5.3.4. A medição dos níveis de iluminamento previstos no subitem 17.5.3.3 deve ser feita no campo de trabalho onde se realiza a tarefa visual, utilizando-se de luxímetro com fotocélula corrigida para a sensibilidade do olho humano e em função do ângulo de incidência. (117.028-7 / I₂)

17.5.3.5. Quando não puder ser definido o campo de trabalho previsto no subitem 17.5.3.4, este será um plano horizontal a 0,75m (setenta e cinco centímetros) do piso.

17.6. Organização do trabalho.

17.6.1. A organização do trabalho deve ser adequada às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.

17.6.2. A organização do trabalho, para efeito desta NR, deve levar em consideração, no mínimo:

- a) as normas de produção;
- b) o modo operatório;
- c) a exigência de tempo;
- d) a determinação do conteúdo de tempo;
- e) o ritmo de trabalho;
- f) o conteúdo das tarefas.

17.6.3. Nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores, e a partir da análise ergonômica do trabalho, deve ser observado o seguinte:

a) todo e qualquer sistema de avaliação de desempenho para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie deve levar em consideração as repercussões sobre a saúde dos trabalhadores; (117.029-5 / I₃)

b) devem ser incluídas pausas para descanso; (117.030-9 / I₃)

c) quando do retorno do trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção deverá permitir um retorno gradativo aos níveis de produção vigente na época anterior ao afastamento. (117.031-7 / I₃)

17.6.4. Nas atividades de processamento eletrônico de dados, deve-se, salvo o disposto em convenções e acordos coletivos de trabalho, observar o seguinte:

- a) o empregador não deve promover qualquer sistema de avaliação dos trabalhadores envolvidos nas atividades de digitação, baseado no número individual de toques sobre o teclado, inclusive o automatizado, para efeito de remuneração e vantagens de qualquer espécie; (117.032-5 / I₃)
- b) o número máximo de toques reais exigidos pelo empregador não deve ser superior a 8 (oito) mil por hora trabalhada, sendo considerado toque real, para efeito desta NR, cada movimento de pressão sobre o teclado; (117.033-3 / I₃)
- c) o tempo efetivo de trabalho de entrada de dados não deve exceder o limite máximo de 5 (cinco) horas, sendo que, no período de tempo restante da jornada, o trabalhador poderá exercer outras atividades, observado o disposto no art. 468 da Consolidação das Leis do Trabalho, desde que não exijam movimentos repetitivos, nem esforço visual; (117.034-1 / I₃)
- d) nas atividades de entrada de dados deve haver, no mínimo, uma pausa de 10 (dez) minutos para cada 50 (cinquenta) minutos trabalhados, não deduzidos da jornada normal de trabalho; (117.035-0 / I₃)
- e) quando do retorno ao trabalho, após qualquer tipo de afastamento igual ou superior a 15 (quinze) dias, a exigência de produção em relação ao número de toques deverá ser iniciado em níveis inferiores do máximo estabelecido na alínea "b" e ser ampliada progressivamente. (117.036-8 / I₃)