

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

VINÍCIUS SILVA DA SILVEIRA

**AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DE UMA INDÚSTRIA:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA PERSPECTIVA DO TRABALHO PRESCRITO
E DO TRABALHO REAL**

PORTO ALEGRE
2020

VINÍCIUS SILVA DA SILVEIRA

**AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DE UMA INDÚSTRIA:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA PERSPECTIVA DO TRABALHO PRESCRITO
E O TRABALHO REAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jaqueline
Tittoni.

Porto Alegre
2020

CIP - Catalogação na Publicação

Silva da Silveira, Vinicius

As ações de promoção da saúde no contexto da indústria: desafios e possibilidades na perspectiva do trabalho prescrito e real / Vinicius Silva da Silveira. -- 2020.

121 f.

Orientador: Jaqueline Tittoni.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Trabalho. 4. Trabalho prescrito . 5. Trabalho real. I. Tittoni, Jaqueline, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Vinícius Silva da Silveira

**AS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CONTEXTO DE UMA INDÚSTRIA:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES NA PERSPECTIVA DO TRABALHO PRESCRITO
E O TRABALHO REAL**

Dissertação de Mestrado apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em ____ de _____ de _____

Banca Examinadora

Profª. Drª. Jaqueline Tittoni - Orientadora

Profª Drª Dolores Sanches Wunsch – PPGPSS/UFRGS

Profª Drª Janine Kieling Monteiro – PPGPSICO/UNISINOS

Profª Drª Rosemarie Gärtner Tschiedel – PPGPSI/UFRGS

Dedico este trabalho a minha esposa,
Nina Padilha, que com palavras de
apoio e compreensão, me incentivou a
realizá-lo e ser resiliente.

Agradecimentos

A elaboração desta Dissertação de Mestrado contou com o apoio, a participação e o envolvimento de muitos, o qual expresso os meus mais profundos agradecimentos.

À minha família, que além de impulsionar a minha trajetória de estudos, ofereceu condições para que eu pudesse trilhá-la, também pelo afeto, confiança e inspiração. À minha mãe Marli Auxiliadora, por ser meu continente; ao meu pai Hélio (*in memorian*), exemplo de trabalho unido aos sonhos. Também aos meus irmãos André Luís e Ana Paula.

À minha esposa Nina, que ao longo de todo esse tempo esteve ao meu lado com palavras inspiradoras de carinho, incentivo e otimismo. Foram muito importantes e reflexivas nossas conversas sobre o campo da saúde e do trabalho nos últimos tempos. Estendo a sua família que embora longe, sempre torcendo para que tudo desse certo: Geci, Alceu (*in memorian*), Guilherme, Ivonete, Marcelo e Julian.

À Prof^a Doutora Jaqueline Titonni, minha orientadora por ter aceitado o desafio de trilharmos juntos os caminhos deste trabalho e também pela atenção, acolhimento e amizade que demonstrou durante esse período.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aos professores do PPGPSI que conheci e auxiliaram a refletir sobre as temáticas que compõem esta escrita.

Às psicólogas Branca Regina Chedid e Nelma Campos Aragon do Instituto de Psicologia Social de Porto Alegre Pichon-Rivière. Pessoas que tive a oportunidade de conhecer há muito tempo e que desenvolvem um trabalho inspirador no campo da Psicologia Social e Análise Institucional. Obrigado pelos muitos momentos de trocas de ideias, reflexão e apoio.

Ao SESI/RS, instituição onde atuo. O desenvolvimento cotidiano do trabalho instigou muitas reflexões acerca da temática abordada neste estudo.

À empresa pesquisada, que gentilmente abriu as portas para que eu pudesse entrevistar os trabalhadores e acompanhar uma ação de promoção da saúde. Além disso, cabe aqui um agradecimento muito especial aos trabalhadores da área de saúde e segurança no trabalho que tive a oportunidade de conhecer e conversar.

Às professoras participantes da banca pelo aceite do convite e do bom debate acerca da temática.

Resumo

Esta pesquisa, desenvolvida em um município da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, discute as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças no contexto industrial. Abarcar essa temática implica compor com os eixos da saúde e do trabalho articulados a todos os processos desafiadores que vem sendo discutidos há muito tempo, dentre eles a promoção da saúde, a integralidade do cuidado, o trabalho prescrito e real e todas as variáveis que compõem este âmbito. Nesse sentido, fundamenta-se em identificar e descrever as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelo Serviço Especializado em Medicina do Trabalho (SESMT), bem como os temas propostos, a periodicidade das ações, como são planejadas e como impactam no trabalho transversalizadas pelo trabalho prescrito e real. Além disso, compreender qual a percepção desses profissionais no que diz respeito às ações de promoção da saúde. O percurso metodológico escolhido foi o da pesquisa exploratória-descritiva, de natureza qualitativa, com delineamento de estudo de caso. Envolveu sete profissionais do Serviço Especializado em Saúde e Medicina do Trabalho (SESMT). A coleta de dados foi por meio de entrevista semiestruturada gravada e diário de pesquisa a partir de observações na empresa. Como ferramenta de análise dos dados qualitativos, utilizou-se o *software* NVivo Pro Versão12. Os dados foram organizados em quatro temas: percepção da importância das ações de promoção da saúde nas indústrias em geral e na empresa pesquisada, ações de promoção da saúde, relação entre trabalho prescrito e real da atividade e percepção sobre o impacto das ações de promoção da saúde. Ressalta-se os seguintes achados: os trabalhadores mostram-se engajados e com uma noção positiva sobre as práticas de saúde no âmbito industrial, embora com entendimentos variados com relação as ações de promoção da saúde, o planejamento, a periodicidade e a forma como são desenvolvidas. Percebe-se a complexidade e o desafio no trabalho, visto que buscam durante todo o tempo dar conta de aspectos do trabalho mais prescritivo e do trabalho realizado. Por fim, um ponto interessante é a composição do trabalho em equipe que auxilia no fortalecimento das práticas colaborativas em saúde.

Palavras-chave: Saúde. Promoção da Saúde. Trabalho. Trabalho prescrito. Trabalho real

Abstract

This research, developed in the municipality of a metropolitan region of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, discusses health promotion and disease prevention actions in the industrial context. Embrace this theme implies composing with the axes of the health and the work linked to all challenging processes that has been discussed a long time, among them the health promotion, integrality of care, prescribed work and real and all the variables that make up this scope. In this sense, is based on identifying and describing the health promotion actions developed by the Specialized Services in Safety Engineering and Occupational Medicine (SESMT), as well as the proposed themes, periodicity of actions, how they are planed and how they impact work cross-sectional by the prescribed work and real work. Besides that, understand what is the perception of professionals, in respect from the health promotion actions. The chosen methodological course was the descriptive exploratory research, of a qualitative nature, with case study design. Involved seven professionals from the Specialized Services in Safety Engineering and Occupational Medicine (SESMT). Data were collected by semi-structured recorded interview and research journal from observations in the company. As a tool for analyzing qualitative data, was used *software* NVivo Pro Version12. The data were organized into four themes: perception of the importance of health promotion actions in industries in general and in the researched company, health promotion actions, relationship between prescribed word and actual real activity work and perception of the impact of health promotion actions. The following findings are highlighted: workers are shown to be engaged and with a positive notion about industrial health practices, although with varied understanding about the health promotion actions, the planning, frequency and the form how they are developed. We can see the complexity and challenge at work, since they seek all the time report aspect of described work and real work. Finally, one interesting point is the composition of teamwork that assists in strengthening of a collaborative health practice.

Keywords: Heath. Health Promotion. Work. Prescribed work. Real work.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Questionário semiestruturado	52
Quadro 2 - "Nós"	70
Quadro 3 – Temáticas e "nós"	71

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos trabalhadores entrevistados	62
Tabela 2 - Lista das 30 palavras mais recorrentes: importância das ações de promoção da saúde	72
Tabela 3 - Lista das 30 palavras mais recorrentes: ações de promoção da saúde e prevenção de doenças	80
Tabela 4 - Lista das 30 palavras mais recorrentes: trabalho prescrito e real	87
Tabela 5 - Lista das 30 palavras mais recorrentes: impacto das ações de promoção da saúde	94

Lista de Figuras

Figura 1 - Localização do município	56
Figura 2 - Sistema de Gestão de Recursos Humanos	58
Figura 3 - Organograma de Saúde e Bem-Estar	58
Figura 4 - Organograma de Macroprocessos	60
Figura 5 - Nuvem de palavras: importância das ações de promoção da saúde	73
Figura 6 - Nuvem de palavras: ações de promoção da saúde e prevenção de doenças	81
Figura 7 - Nuvem de palavras: trabalho prescrito e real	88
Figura 8 - Nuvem de palavras: impacto das ações de promoção da saúde	95
Figura 9 - Árvore de palavras 1	98
Figura 10 - Árvore de palavras 2	101

Lista de Siglas

CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
EPC	Equipamento de Proteção Coletiva
EPI	Equipamento de Proteção Individual
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LER	Lesão por Esforço Repetitivo
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NR	Norma Regulamentadora
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PCA	Programa de Conservação Auditiva
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPCI	Plano de Prevenção e Proteção Contra Incêndio
PPRA	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
RH	Recursos Humanos
RPA	Recibo de Pagamento Autônomo
SAT	Seguro de Acidente de trabalho
SESI	Serviço Social da Indústria
SEPRT	Secretaria Especial de Previdência e Trabalho
SSMA	Serviço de Saúde e Meio Ambiente
SESMT	Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
SST	Saúde e Segurança do Trabalho
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO 1 – Conceito de Saúde: Um desafio cotidiano	20
1.1 Origens e concepções da promoção da saúde: uma perspectiva no interior da saúde	27
1.2 Conceito e origens da medicina do trabalho	29
1.3 Enquanto isso no Brasil	33
1.4 A saúde ocupacional	34
CAPÍTULO 2 – O conceito de Trabalho	39
2.1 Saúde e trabalho: uma relação de constantes desafios.....	44
2.2. O SESMT e uma relação possível com o trabalho prescrito e real.....	46
CAPÍTULO 3 – Estratégias Metodológicas	51
3.1 Tipo de pesquisa	51
3.2 Instrumentos	52
3.3. Procedimento de coleta de dados	54
CAPÍTULO 4 – Análise dos resultados	56
4.1 Delimitação territorial, caracterização da empresa e do serviço de saúde ..	56
4.2 Participantes.....	61
4.3 A primeira observação: conhecendo a empresa e coletando informações ..	62
4.4. A segunda observação: ampliando o diário de campo e conhecendo uma ação de promoção da saúde	65
4.5 Organização dos materiais: articulando as entrevistas e as observações ...	68
CAPÍTULO 5 – Discussão dos resultados	72
5.1 Percepção da importância das ações de promoção da saúde nas indústrias em geral e na empresa pesquisada	72
5.2 Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças	80
5.3 Relação entre trabalho prescrito e o real	87
5.4 Percepção sobre o impacto das ações de promoção da saúde	94
CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	106
APÊNDICES	113

Apêndice 1: Termo de Concordância Institucional	114
Apêndice 2: Termo de Ciência e Autorização da Gestão	117
Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118

INTRODUÇÃO

As transformações nos contextos econômico, político, cultural e social produzem uma série de mudanças para a vida em sociedade. A partir do século XIX, os impactos da revolução industrial são intensos e seus efeitos são identificados não só no âmbito do trabalho e no plano econômico, como também nos modos de vida e de organização da sociedade. Com o passar dos anos, o avanço da tecnologia em todas as áreas humanas nos coloca frente a muitos desafios e impasses no contexto do próprio viver. A saúde, sendo um elemento fundamental de nossa vida, também se modifica neste contexto de transformações da sociedade. Assim, o processo de mudança e transformação da nossa sociedade é também o processo de transformação da saúde e das problematizações que a definem e compreendem (BRASIL, 2010).

Atualmente vivemos um cenário no campo da saúde e de outros setores da sociedade, jamais visto na história recente mundial: a pandemia causada pelo Covid-19¹. Este vírus que foi, inicialmente, identificado na China e rapidamente se espalhou pela Europa e países vizinhos, chegou às Américas, causando muitas mortes e mudando o cenário econômico mundial. A dinâmica do vírus não afeta apenas a saúde e o “setor saúde”, mas também a economia, a educação, a assistência social, esporte e lazer e todas as políticas intersetoriais. Uma das formas de combate e tentativa de diminuição da curva de contágio é através do distanciamento social. Diante deste cenário, as concepções de saúde e de trabalho também vem sendo discutidas e formuladas a partir das questões que se colocam no âmbito da pandemia.

Nesse sentido, falar de saúde não é tarefa fácil, pois Scliar (2007, p. 30) afirma que “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas.” Dependerá do contexto em que estamos inseridos como a época, o lugar, a classe social, bem como, nossos valores e o entendimento que temos sobre ciência, religião, mente e corpo, entre vários outros fatores. Assim também podemos falar sobre a noção de doença. A representação de doença, ainda que produzida histórica e socialmente, pode variar

¹ Doença causada pelo coronavírus SARS-coV-2 que apresenta quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves podendo evoluir para o óbito. A forma de transmissão se dá por uma pessoa doente para outra ou por contato próximo por meio de: tosse, espirro, aperto de mão, superfícies contaminadas, como celulares, mesas, maçanetas, computadores, etc.

para cada pessoa, em função de suas trajetórias de vida. Além disso, a análise dos processos saúde-adoecimento demonstrou que a saúde é resultado também dos condicionantes e determinantes sociais como renda, trabalho, educação, habitação, saneamento básico em determinado contexto histórico em que, muitas vezes, o aparato biomédico em sua amplitude, não consegue modificar.

Se fizermos um recorte da saúde para o mundo do trabalho, que é o foco desta escrita, podemos observar que o tema saúde tem sido objeto de atenção há muito tempo, em diferentes contextos históricos, com ênfases variadas. Historiadores da Medicina como Henry Sigerist (1891-1957) e George Rosen (1910-1977) demonstram em alguns de seus estudos que os antigos egípcios já faziam referência sobre a relação saúde, doença e trabalho, ainda que de forma mais moderada. Mais tarde, também na tradição judaica e no mundo greco-romano. Compreende-se que essa relação possui características peculiares definidas nos processos sociais e históricos e a noção de Medicina do Trabalho pode ser considerada como um marco importante da sistematização das relações que articulam saúde, doença e trabalho na nossa sociedade. (MENDES; WAISSMANN, 2007).

A partir da Revolução Industrial, essa especialidade da medicina surge tendo como característica, a busca de soluções para os agravos à saúde de trabalhadores e trabalhadoras. Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997), os trabalhadores eram submetidos a longas jornadas de trabalho em ambientes extremamente adversos e desfavoráveis à saúde. Isso gerava aglomeração de pessoas em espaços inadequados, aumentando a possibilidade de proliferação de doenças infectocontagiosas, além da ocorrência de inúmeros acidentes com os maquinários que ocasionavam mutilações e mortes.

Com o passar dos anos, o estabelecimento de ações e serviços baseados neste modelo se ampliou na Europa, paralelamente ao movimento de industrialização – que estava em forte crescimento – e após, aos países com menor índice de desenvolvimento econômico e social. Porém, a forma de atuação dos serviços de medicina do trabalho junto aos trabalhadores, centrados no diagnóstico e tratamento de doenças, mostrava-se insuficiente. Desta forma, articula-se a saúde ocupacional como um modelo de atuação focado no ambiente de trabalho. Sua principal estratégia de atuação nos locais de trabalho fundamenta-se em uma proposta interdisciplinar, com o propósito de controlar os diversos riscos ambientais.

A discussão sobre o ambiente de trabalho e a saúde vai se intensificando e são criados setores e áreas especializadas, nas organizações, para dar conta da demanda da relação saúde-adoecimento pela ótica de promoção e prevenção de doenças. Assim, especificamente a Saúde e Segurança do trabalho (SST), se constituíram com a formação de um meio profissional atuando em várias frentes (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997). Atualmente, profissionais de saúde de diversas especialidades que compõe o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) das organizações, buscam através de um trabalho multiprofissional articulado, implementar a legislação vigente, além de focar temas como liderança participativa, uma cultura organizacional que fomenta a mudança e a inovação, maior autonomia do trabalhador, gestão dos riscos laborais, entre eles os psicossociais, cumprimento das normas regulamentadoras, entre outras, visando a promoção da saúde e prevenção de doenças relacionadas ao trabalho.

Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (Brasil, 2015), a promoção da saúde é um modelo de pensar e de operar articulado às demais políticas públicas e tecnologias desenvolvidas no SUS que contribui na construção de ações que permitam responder às necessidades sociais em saúde de forma ampliada.

Conforme Merhy (2007), a relação saúde e trabalho acontece em um cotidiano onde o fazer profissional está interagindo o tempo todo com máquinas, normas, regras, instrumentos, formando assim um processo de trabalho. Nesse sentido, é de alguma forma sempre coletiva e singular. Schwartz (2010), no campo de ergonomia, refere que o trabalho se efetiva nas tensões entre trabalho prescrito e trabalho real, ou seja, existem prescritivas para o desenvolvimento das tarefas, mas, no cotidiano, elas são reelaboradas pelos trabalhadores, conforme veremos ao longo deste estudo. A relação que os trabalhadores estabelecem no seu trabalho cotidiano, dizem respeito à subjetividade e intelectualidade, indicando uma dimensão para além da tarefa e dos modos operativos de desenvolver o trabalho. Deste modo, a promoção de saúde no trabalho implica em considerar os modos cotidianos de trabalhar, o trabalho real e os elementos da subjetividade envolvidos neste processo.

A temática da presente dissertação de mestrado em Psicologia Social e Institucional surge a partir da inquietação vivida e experimentada pelo autor com as questões da atividade e dos processos de trabalho em saúde. A trajetória construída até aqui, primeiramente como coordenador de um serviço de saúde mental, após

como trabalhador no âmbito da atenção primária em saúde, preceptor, supervisor de estágio e atualmente analista técnico para ações de promoção da saúde no âmbito da indústria, levaram a alguns questionamentos que são constantemente desafiadores: o que é saúde e como se dão os processos de trabalho nas equipes de saúde? Qual a percepção sobre ações de promoção da saúde e como se dá o processo de construção delas? Como se configura e se organiza o trabalho multiprofissional? Enfim, são muitas perguntas que, além de respostas, fazem pensar sobre os desafios de enfrentar a sua complexidade.

Este estudo, assim, justifica-se, principalmente, pela relevância da discussão sobre promoção da saúde e prevenção de doenças na indústria, tendo em vista o aumento dos problemas relacionados à saúde mental, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores psicossociais de risco e proteção no contexto do trabalho. Tivemos, como objetivo geral: conhecer o trabalho de promoção da saúde desenvolvido pela equipe de saúde de uma indústria do ramo de plásticos do município de Esteio, Rio Grande do Sul. Para o cumprimento deste objetivo geral, foram traçados alguns objetivos específicos:

- Identificar e descrever as ações de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe de saúde (SESMT);
- Identificar os temas propostos, a periodicidade das ações, como são planejadas e como impactam no trabalho da equipe;
- Compreender qual a percepção desses profissionais sobre as ações de promoção da saúde.

Como campo problemático, partimos do questionamento de quais ações de promoção da saúde são desenvolvidas pela equipe de saúde de uma indústria do ramo de plásticos do município de Esteio, Rio Grande do Sul, para pensar seus efeitos na promoção de saúde no trabalho.

A apresentação deste estudo, nesta dissertação, está organizada da seguinte forma: no primeiro capítulo discutiremos o marco teórico-conceitual da saúde, do surgimento da medicina do trabalho, saúde ocupacional e saúde do trabalhador, focando na situação brasileira. No segundo capítulo, refletimos sobre o conceito de trabalho, sua relação com a saúde e a constituição do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. O terceiro capítulo aborda as estratégias metodológicas onde apresentamos o tipo de pesquisa, caracterização da

empresa, instrumentos utilizados e os participantes. No quarto capítulo, apresentamos a análise dos dados, bem como o diário de campo com as observações realizadas. O quinto e último capítulo apresenta e discute os resultados obtidos a partir das entrevistas articulando com as observações realizadas na empresa. Além disso, o estudo apresenta as considerações finais, as referências bibliográficas e os apêndices.

Na tentativa de abranger aspectos elencados nos objetivos gerais e específicos, temos como referencial teórico as discussões sobre o conceito de saúde e promoção da saúde, as tensões entre o trabalho prescrito e o trabalho real e a noção de saúde-adoecimento no trabalho.

CAPÍTULO 1 - Conceito de Saúde: um desafio cotidiano

Os estudos em torno da temática saúde e trabalho têm produzido diversas reflexões e constituiu-se como campo de produção de conhecimento em diferentes áreas. Segue sendo um desafio para muitos estudantes, pesquisadores e trabalhadores relacionar o trabalho com saúde e adoecimento, o que segue levando à realização de pesquisas e estudos sobre esta temática. Conforme Scliar (2007, p. 30) “saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais”. O mesmo pode-se falar das doenças, pois o conceito varia dependendo de cada pessoa, assim como da época, condições sociais e onde se origina. A discussão da relação saúde-doença remonta os primórdios da espécie humana.

Os registros sinalizam que existiam as concepções mágico-religiosas sobre a noção de doença. Essa ideia tem origem na noção de que todas as doenças resultavam da ação de forças ocultas que de alguma forma tinham influência sobre o organismo, tendo como possível causa, algum pecado ou maldição. Para os antigos hebreus, a doença não era vista como algo do campo sobrenatural como, por exemplo, ação de espíritos malignos, mas, por outro lado, como um sinal do poder e da fúria divinos diante dos pecados da humanidade. No seguimento, temos a entrada daquele que é considerado o pai da Medicina, Hipócrates de Cós (460-377 a.C), que vai fazer uma tradução racional da Medicina ao afirmar que qualquer doença tem uma causa natural. Assim, atribuir sua origem supostamente divina, reflete a ignorância humana. Encontra-se em seus textos referências a doenças de quem trabalhava montado a cavalo, de pescadores, metalúrgicos, mineiros, tintureiros, alfaiates, agricultores e de outras profissões.

Segundo Scliar (2007), Hipócrates refere a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desordem desse estado. Já Galeno (129-199 a.C.), considerado o maior médico do Império Romano, analisou esta teoria e enfatizou a importância dos quatro temperamentos no estado de saúde. Dizia que a causa das doenças era algo intrínseco, que estaria

dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao processo de desequilíbrio.

Segundo Mendes (2007), os escritos de Galeno contêm quase tantas referências às doenças ocupacionais, quanto os de Hipócrates. Tendo visitado uma mina de sulfato de cobre no Chipre, observou e relatou que os trabalhadores que transportavam um líquido vitriólico, faziam-no correndo para fora da mina com toda velocidade para evitarem perecer no meio dos seus trabalhos, já que o odor era muito ativo e a sensação de sufocação, intensa.

Para o autor, no Oriente, a noção de saúde e doença toma um rumo diferente. Fala-se de energias vitais que existem no corpo: quando estão fluindo de forma harmoniosa, há saúde; caso contrário, advém a doença. As terapias existentes como, por exemplo, acupuntura e ioga têm por objetivo restaurar o fluxo normal de energia do corpo. Na Idade Média Europeia, com a influência do cristianismo, se fortalece a ideia de doença como resultado do pecado e da saúde, como questão de fé. O cuidado de doentes estava entregue a ordens religiosas, embora se tenha poucos registros sobre os estudos da relação saúde-trabalho.

Ainda seguindo o pensamento de Scliar (2007), percebe-se que os anos vão passando e as concepções de saúde e doença ao redor do mundo também vão se transformando a partir de estudos e descobertas. O suíço Paracelsus (1493-1541) afirmava que as doenças eram provocadas por processos externos ao organismo. Naquela época, a química começava a se desenvolver e influenciava a medicina, principalmente impulsionada pela alquimia. Já o desenvolvimento da mecânica influenciou as ideias de René Descartes, no século XVII. Ele defendia um dualismo mente-corpo, onde o corpo funcionava como uma máquina. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da anatomia, com os processos cirúrgicos e o estudo dos órgãos, também consequência da modernidade, afastou a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos do corpo humano (SCLIAR, 2007).

Esses conhecimentos alavancaram a chamada medicina tropical. Conforme Scliar (2007), nessa época, nascia também a epidemiologia com as contribuições do médico inglês John Snow (1813-1858) que, a partir de alguns estudos sobre a água, consegue traçar relações entre esta e a propagação das doenças na população. John Snow foi demonstrando esta relação em números e percebendo que, se a saúde do corpo individual podia ser quantificada (como por exemplo, os sinais vitais), o mesmo

deveria acontecer com a saúde no contexto social. Deste modo, ela teria seus indicadores como resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir, a estatística. Contudo, ainda não se tinha um conceito de saúde completamente formulado.

Até meados do século XVIII, a doença era vista como algo que perpassava e se mantinha no ambiente, como qualquer outro elemento da natureza. Batistella (2007, p. 52-53) destaca:

[...] Esse caráter ontológico da doença está presente na transformação da medicina em 'medicina das espécies'. Por influência de outros campos disciplinares, como a botânica, as doenças foram agrupadas em um sistema classificatório fundado nos sintomas. A organização dessa taxonomia, embora tenha proporcionado bases racionais para a escolha terapêutica, não logrou estruturar um modelo capaz de dar respostas às epidemias cada vez mais frequentes nas cidades modernas, que viviam o industrialismo e o capitalismo emergente. A ruptura desse sistema teórico será realizada com o advento da clínica moderna. O hospital, anteriormente concebido como lugar de exclusão dos doentes e miseráveis do meio social e de exercício de caridade, transforma-se, gradativamente, em local de cura [...] Com o aprofundamento dos estudos anatômicos, as disseções de cadáveres passam a procurar a doença no corpo (e não fora dele) a partir de seus sinais, e o desenvolvimento da anatomia patológica torna-se um dos principais alicerces da medicina moderna.

Para o autor, essa grande transformação na forma de compreender a doença irá trazer à tona o sistema teórico do modelo biomédico, cuja força explicativa é responsável pela sua presença até os dias de hoje. De acordo com Batistella (2007), e seguindo sua proposta de análise histórica, a partir do pensamento de Michel Foucault (Foucault, 1979), a noção de saúde se modifica com o surgimento do Estado Moderno. Neste caso, a saúde passa a ter um valor e passa a ser fonte de poder compondo as estratégias políticas dos diferentes países. Com o tempo, a medicina do século XIX se modifica, atuando sobre os corpos através de normas dos espaços e dos indivíduos. Com estas ferramentas de controle, afirma-se como uma política de Estado.

Michel Foucault sugere três momentos que indicam o aparecimento da medicina social que, segundo ele, se constitui a partir de três etapas: medicina de Estado, que se desenvolveu, sobretudo, na Alemanha, no século XVIII, e que tinha como preocupação o estado de saúde da população em um clima político, econômico e científico característico do período dominado pelo mercantilismo através da polícia

médica. A outra é representada pelo exemplo francês e diz respeito à urbanização, onde se criaram uma série de ações para dar conta da análise das regiões de aglomeração de pessoas e controle da circulação das coisas, como através da água, por exemplo. Por fim, a terceira etapa tem no exemplo inglês sua concretização: o olhar para os pobres e trabalhadores. A medicina preocupada com a manutenção da força de trabalho (FOUCAULT, 1979).

Ao longo do tempo, na medida em que as formulações científicas vão afirmando a centralidade do conceito de doença, o conceito de saúde fica mais distante do centro da análise e a saúde, como ausência de doença, é uma noção que vai se fortalecendo neste processo. Além disso, à medida que a medicina se estruturou sobre bases da ciência positivista, seu objeto de trabalho passa a não ser mais técnico e, sim, científico. De acordo com Gonçalves (1994, p: 67 apud Dias; Oliveira, 2013):

Uma das características mais importantes da concepção do objeto de trabalho elaborada pela profissão médica é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem-biológico, levando a uma ruptura com as questões sociais, desse e dele consigo mesmo, uma concepção de saúde contida nos limites físicos, biológicos do corpo humano, assumindo em relação a este objeto, uma postura racional.

É interessante refletir sobre o modo de compreensão desses processos quando Batistella (2007, p. 55) destaca:

Fica mais fácil perceber por que, diante da força e da hegemonia do modelo biomédico, para a maioria da população, saúde é não estar doente. Sabemos, porém, que esta é uma definição muito limitada. Nem sempre a ausência de sinais e sintomas indica a condição saudável. Entretanto, muitos se consideram normais, ainda que portadores de uma determinada doença.

Na esteira dessas reflexões, Neves, Porcaro e Curvo (2017, p. 631) destacam que:

[...] Nenhuma doença é, em sentido estrito, de um órgão ou função específica, mas, antes, doença do organismo cujo modo de funcionamento está transformado. Estar doente é, do ponto de vista biológico, viver outra vida, uma condição nova que exige do indivíduo a capacidade de produzir novas formas de ajustamento com o meio, isto é, novas formas de vida.

Sendo assim, a noção de estar doente é compreender que “o estado patológico é sempre definido a partir da experiência individual e subjetiva, não podendo ser estipulado por nenhum critério puramente externo e objetivo” (BRITO, 2017, p. 101).

Segundo Canguilhem (2009, p. 71) “a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente”. Comenta também que ter saúde não significa apenas ser considerado normal no enfrentamento das situações da vida, mas ser, também, normativo. A característica da saúde, para o autor, é a possibilidade de superar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar as adversidades e infrações à norma habitual e de instituir normas novas em novas situações.

Resumindo, trata-se de uma noção de saúde produzida nas inter-relações entre as experiências individuais e o meio. Somos muitas vezes obrigados a viver cotidianamente em condições pré-estabelecidas, impostas e muitas vezes não desejadas, isto é, com as “infidelidades do meio”, tais como problemas ambientais, desigualdade social, condições e formas de organização do trabalho desfavoráveis ou inaceitáveis, falta de segurança, analfabetismo e escolaridade precária, alimentação deficiente, entre outros (CANGUILHEM, 2009).

Conforme Canguilhem (2009, p. 78) “a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio”. Ou seja, ela está tanto ligada às condições em que vivemos, quanto às possibilidades que temos (tanto individual, quanto coletiva) de transformação dessas condições segundo nossos interesses e valores, afirmando nossa potência de vida. Portanto, ser e estar saudável é uma aposta na capacidade de superação, de criação e de normatividade. Enquanto o ser vivo tiver esta capacidade de interação com o meio, e de recriação de novas normas no interior de sua vida, então poderá ter uma boa saúde (CANGUILHEM, 2012).

Para Scliar (2007), o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde sistematiza algumas ideias importantes:

Foram necessárias algumas guerras para a criação de alguns órgãos que tentassem dar conta dos conceitos no âmbito da saúde. O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Este conceito refletia, de um lado,

uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (SCLIAR, 2007, p. 36-37).

Conforme Dejours (1986, p.1) o conceito da OMS não dá conta da amplitude da definição de saúde, pois segundo o autor:

Esse estado de bem-estar e de conforto, se nos aprofundarmos um pouco mais, é impossível de definir. Gostaríamos que nos dessem uma definição desse perfeito estado de bem-estar. Não sabemos o que é e cremos que não haja esclarecimentos consideráveis para essa questão. É muito vaga. Implícita e intuitivamente, sabe-se que isso significa alguma coisa, mas quando se trata de defini-la, não é muito simples.

No Brasil, durante os anos de 1970 e 1980, organizou-se um movimento que veio a se consolidar como parte integrante e ativa da luta contra a ditadura militar. Trata-se de um importante movimento social que integrou diversos setores da sociedade e que teve a defesa do direito cidadão à saúde como bandeira principal, a saber, o Movimento pela Reforma Sanitária ou Movimento Sanitário. A saúde ganhava uma conceitualização designada como “conceito ampliado de saúde”, integrado pelos fatores determinantes e condicionantes da saúde e em defesa da superação da dicotomia entre ações de promoção e prevenção (saúde pública) e ações curativas (assistência médica), como era vigente até então (CECCIM, 2007).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, o Art. 3º refere que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais”. Resumindo, trata-se de uma noção de saúde referida simultaneamente à experiência individual e ao meio, ganhando força a noção de uma prática integral da saúde.

O que podemos observar, a partir dessas visões sobre saúde, é que o processo saúde-adoecimento está relacionado às formas pelas quais a vida se apresenta e se manifesta. Ao mesmo tempo, dizem respeito a experiências muito singulares e subjetivas que, muitas vezes, encontram dificuldade de expressão somente pela palavra. Czeresnia (2003, p. 2) afirma:

[...] É por intermédio da palavra que o doente expressa seu mal-estar, da mesma forma que o médico dá significação às queixas de seu paciente. É na relação entre a ocorrência do fenômeno concreto do adoecer, a palavra do paciente e a do profissional de saúde, que ocorre a tensão remetida à questão que se destaca aqui. Esta situa-se entre a subjetividade da experiência da doença e a objetividade dos conceitos que lhe dão sentido e propõe intervenções para lidar com semelhante vivência.

O que se percebe, de um modo geral, é que a medicina embasada no discurso biomédico, ou seja, alicerçado em fatores puramente biológicos, de doença e cura, analisando e buscando falhas biofísicas ou genéticas, não contempla a definição ampliada e integrada da saúde e do adoecer. A saúde não é algo que possamos delimitar; não se traduz em um conceito científico, da mesma forma que o sofrimento que caracteriza o adoecer. Estamos falando de algo do campo do sensível.

Seguindo com essa reflexão, Czeresnia (2003, p. 4) refere que:

No contexto da implementação das práticas de saúde mantém-se a tensão entre duas definições de vida: uma a de nossa experiência subjetiva; outra a do objeto das ciências da vida, do estudo dos mecanismos físico-químicos que estruturam o fundamento cognitivo das intervenções da medicina e da saúde pública.

Na esteira destas discussões, podemos questionar: quais são os limites entre o normal e o patológico, a saúde e a doença e suas relações com o trabalho? No âmbito do trabalho, temos visto nas últimas décadas um elevado índice de afastamentos por LER/DORT, depressão, distúrbios de ansiedade, aumento das doenças crônicas não transmissíveis, das quais as de maior impacto são as doenças cardiovasculares, diabetes, cânceres e doenças respiratórias, entre outros. Qual o impacto destas formas de adoecimento nos modos como o trabalho está configurado?

Ao longo das últimas décadas, têm-se buscado redirecionar o modelo das práticas de saúde através da ideia da promoção da saúde. Esse tema vem ocupando a pauta das discussões mais recentes do setor saúde e seu entendimento ainda causa muitas controvérsias com compreensões diferentes ao longo do tempo, dificultando sua implementação na prática. A seguir, veremos melhor as origens e conceito de promoção da saúde.

1.1 Origens e concepções da promoção da saúde: uma perspectiva no interior da saúde

Segundo Czeresnia (2003, p. 39) “promoção é um conceito tradicional, definido por Leavell & Clarck (1976) como um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva”.

A autora aponta três importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991), que estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. As conferências seguintes realizaram-se em Jakarta, em 1997 e no México, no ano de 2000. Na América Latina, realizou-se, em 1992, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2002).

Segundo Buss (2003, p.15) a promoção da saúde surge, certamente, “como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde” e se produz no debate entre as motivações ideológicas e políticas dos seus principais formuladores, presentes nas referidas conferências.

Como uma forma de enfrentar esta forte medicalização, um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos para lidar com os processos de produção de saúde e adoecimento.

“A expressão “promoção da saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist” (PEREIRA *et. al.*, apud SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p. 102) e está relacionada aos temas da vigilância em saúde e da crítica à medicalização, como já referido. Sua perspectiva concebe a saúde como produzida entre determinantes sociais e, assim, não está restrita à ausência de doença. A promoção da saúde está relacionada à capacidade de atuar sobre os determinantes que produzem a saúde e a doença. Estes determinantes dizem respeito às condições de vida da população, tais como educação, saneamento básico, habitação, renda, trabalho, alimentação, meio ambiente, acesso a bens e serviços essenciais, lazer, entre outros determinantes sociais da saúde. Desse modo, vai além do oferecimento de serviços clínico-assistenciais e supõe ações intersetoriais, como “ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Trabalha com a ideia

de 'responsabilização múltipla', seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos" (BUSS, 2003 apud TEIXEIRA, 2004, p. 40).

A construção do conceito contemporâneo de promoção da saúde inicia-se, conforme mencionado, na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade de Ottawa. O relatório final da conferência definiu promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (OPAS, 1986). A chamada "Carta de Ottawa" traz a noção de que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, não como objetivo onde o viver passa a ocupar toda a expectativa de vida. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois além de um estilo de vida saudável vai na direção de um estado complexo de bem-estar geral.

O conceito de saúde que se desenha aponta como pré-requisitos para a saúde, a paz, o trabalho, a educação, a moradia, a alimentação, as condições ambientais, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. Ou seja, a saúde é determinada por aspectos sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos. Desse modo, a saúde é pensada de forma ampliada e não simplesmente como ausência de doença, reforçando o já referido neste estudo. Para a Organização Mundial da Saúde, o empoderamento e a participação social são princípios essenciais para a promoção da saúde.

No Brasil, a temática surge a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), com a criação da Portaria MS/GM nº 687 de 30 de março de 2006 que ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção de saúde nos serviços e na gestão do SUS. Pode ser compreendida como um modo de promover saúde, ou seja, um modo de pensar e operar relacionando-se às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. Tem como objetivo principal, promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2014).

Sem dúvida, a Política Nacional de Promoção da Saúde tem uma agenda preocupada com a articulação com os demais setores, estabelecendo uma relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população.

Os valores e princípios configuram-se como o fundamento de todas as práticas e ações no campo da promoção da saúde. A PNPS (2014, p. 10) afirma que:

- a) reconhece a subjetividade das pessoas e dos coletivos no processo de atenção e cuidado em defesa da saúde e da vida;
- b) considera a solidariedade, a felicidade, a ética, o respeito às diversidades, a humanização, a corresponsabilidade, a justiça e a inclusão social como valores fundantes no processo de sua concretização;
- c) adota como princípios a equidade, a participação social, a autonomia, o empoderamento, a intersetorialidade, a intrassetorialidade, a sustentabilidade, a integralidade e a territorialidade.

É importante compreender que a promoção da saúde se constitui num modelo que concebe saúde e doença, como ações, políticas e programas e sua abordagem pode trazer grandes contribuições para romper com a hegemonia do modelo biomédico, conforme já referido neste estudo.

Conforme Heidmann *et. al.* (2006, p. 356) destacam:

O grande desafio da promoção à saúde, principalmente no contexto latino-americano é a de mudança de cenário, no qual ainda prevalece uma enorme desigualdade social com deterioração das condições de vida da maioria da população, junto com o aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los. A luta por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida (trabalho, renda, educação, transporte, lazer, habitação e outros) e deve estar presente nas principais estratégias de promoção à saúde.

Considerando o exposto, a noção de promoção de saúde pode ser considerada como um elemento importante para a discussão sobre a saúde no trabalho e para as intervenções nos ambientes de trabalho e na saúde dos trabalhadores, conforme veremos no curso deste estudo.

1.2 Conceito e origens da medicina do trabalho

Contextualizar saúde e sua relação com o trabalho não é tarefa fácil. Podemos compreender que esta relação possui peculiaridades, ao aproximar os campos da saúde e do trabalho, e está inscrita no processo histórico no qual se produz. O campo

da Medicina do Trabalho marca uma certa origem, ao sistematizar esta relação como especialidade médica, em nível mundial na Inglaterra, Alemanha e França, na primeira metade do século XIX, no período da Revolução Industrial. Naquele momento, os trabalhadores estavam sujeitos a jornadas de trabalho muito desgastantes e em ambientes altamente degradantes, propiciando aglomeração humana em espaços inadequados a proliferação de doenças infectocontagiosas, além da ocorrência de inúmeros acidentes com os maquinários que ocasionavam mutilações e mortes (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA,1997). Os trabalhadores não recebiam nenhuma orientação de como deveriam operar as máquinas, o que prejudicava ainda mais o processo de trabalho.

As questões relacionadas à saúde e doença no trabalho, no entanto, são anteriores à Revolução Industrial e podem ser remetidas à antiguidade. Para Mendes (2007, p. 4):

Historiadores da Medicina do porte de Henry Sigerist (1891-1957) e George Rosen (1910-1977), apontaram em seus diversos estudos, que já é possível observar algum apontamento sobre a relação entre saúde-doença e também o trabalho – ainda que tímido – desde os papiros egípcios e, mais tarde, na tradição judaica e no mundo greco-romano. Ao menos desde a antiguidade, principalmente o antigo Egito, reconhece-se a existência de doenças associadas ao mundo do trabalho. Lesões de braços e mãos em pedreiros são descritos em papiros, bem como, dermatites laborais.

Historiadores que tratam das doenças relacionadas ao trabalho indicam o clássico *De Morbis Artificum Diatriba* (Tratado sobre as Doenças dos Trabalhadores), de autoria de Bernardino Ramazzini (1633-1714), como um marco na discussão deste tema. O livro constituiu-se no primeiro tratado completo sobre doenças relacionadas ao trabalho e foi a obra de referência para a área, até o século XIX, quando surgiu a Revolução Industrial que mudou e gerou novos problemas sanitários.

Para Mendes (2007), as principais contribuições para o desenvolvimento da medicina e da saúde voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos trabalhadores foi, em primeiro lugar, a preocupação e o compromisso com uma classe de pessoas habitualmente esquecidas e menosprezadas pela medicina. Esta preocupação e compromisso buscou dar evidência para a visão sobre a determinação social da doença, sua contribuição metodológica para o exercício correto da medicina e a sistematização e classificação das doenças.

Com o passar do tempo, Waissmann e Castro (1996 apud Mendes, 2007, p. 13) destacam:

As péssimas condições de trabalho e vida acabavam por comprometer a própria produção, em face da grande constância de acidentes e/ou doenças que reduziam a intensidade produtiva. É desse modo, que se impôs o surgimento de novas ações normativas sanitárias voltadas a este problema.

Nesse sentido, Simoni (2005 apud Mendonça *et. al.* 2018, p. 8) destaca:

Em 1802 foi aprovada na Inglaterra a primeira lei de proteção aos trabalhadores chamada de “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes”, a primeira lei de proteção dos trabalhadores. Ela estabelecia o limite de 12 horas de trabalho por dia, proibia o trabalho noturno e tornava obrigatórias a ventilação do ambiente de trabalho e a lavagem das paredes das fábricas duas vezes por ano. No entanto, esta lei não foi obedecida por falta de um organismo fiscalizador.

Em 1830, surgem os primeiros serviços médicos de empresa do governo Britânico. Esses serviços de medicina eram dirigidos por profissionais de inteira confiança do empresário, sendo que a prevenção e a responsabilidade da ocorrência dos problemas de saúde resultantes dos riscos do trabalho deveriam ser exclusivamente tarefa do médico.

Como ilustração do período, Mendes e Dias (1991, p. 341), apontam a fala de *Dr. Robert Backer*, médico particular de um proprietário de uma fábrica têxtil:

Coloque no interior da sua fábrica o seu próprio médico que servirá de intermediário entre você, os seus trabalhadores e o público. Deixe-o visitar a fábrica, sala por sala, sempre que existam pessoas trabalhando, de maneira que ele possa verificar o efeito do trabalho sobre as pessoas. E se ele verificar que qualquer dos trabalhadores está sofrendo a influência de causas que possam ser prevenidas, a ele competirá fazer tal prevenção. Dessa forma você poderá dizer: meu médico é a minha defesa, pois a ele dei toda a minha autoridade no que diz respeito à proteção da saúde e das condições físicas dos meus operários; se algum deles vier a sofrer qualquer alteração da saúde, o médico unicamente é que deve ser responsabilizado.

Esse modelo de pensar a medicina do trabalho cresceu rapidamente alastrando-se para outros países, paralelamente ao processo industrial e, posteriormente, aos países com menor desenvolvimento socioeconômico também. Segundo Mendes e Dias (1991, p. 342) “a preocupação por prover serviços médicos

aos trabalhadores começa a se refletir no cenário internacional também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919”.

Segundo Almeida (2008), a ideia era que para aliviar as consequências do cansaço físico e também mental sobre o operário e sobre o trabalho em si - isto é, para evitar que ficasse doente - evitar os acidentes e o decréscimo de produção que o próprio cansaço acarreta, a melhor alternativa era que cada estabelecimento industrial tivesse um profissional médico especializado em higiene do trabalho.

Dessa forma, Almeida (2008, p. 874), comenta que “o grande objeto da medicina do trabalho não seria somente a saúde dos trabalhadores, mas também o patrimônio dos empresários e a riqueza da nação.” É possível compreender que esse modo de atuar no campo da saúde, por parte do profissional médico, estava alicerçado em uma visão positivista e mecanicista de entender o funcionamento do corpo humano, onde prevalecia a unicausalidade no entendimento das doenças e acidentes de trabalho. Ao médico cabia verificar, comprovar e tomar as providências cabíveis, bem como o poder de decisão sobre o retorno ou não deste trabalhador à fábrica, o que acabava lhe conferindo um papel de muito poder.

Assim, Mendes e Dias (1991, p. 342) destacam que:

[...] A inexistência ou fragilidade dos sistemas de assistência à saúde, quer como expressão do seguro social, quer diretamente providos pelo Estado, via serviços de saúde pública, fez com que os serviços médicos das empresas passassem a exercer um papel vicariante, consolidando ao mesmo tempo a sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho.

Porém, a forma de atuação dos serviços de medicina do trabalho atender aos trabalhadores, centrados na doença, mostrava-se insuficiente. Desta forma, surge o modelo de atuação e intervenção sobre o ambiente, a “Saúde Ocupacional”, caracterizada pela equipe multiprofissional e focada nos ambientes de trabalho com o objetivo de controlar os riscos ambientais. Assim, a Saúde Ocupacional passava a atuar e intervir com base em uma racionalidade científica nas questões de saúde e doença que dizem respeito aos aspectos determinados pelo ambiente de trabalho. Nestes casos, através dos parâmetros instituídos, tentava-se quantificar a resposta ou resistência do trabalhador aos riscos ocupacionais. Em alguns países, ainda hoje, o modelo de Saúde Ocupacional é dominante.

1.3 Enquanto isso, no Brasil...

A preocupação com a saúde ocupacional no Brasil começa tardiamente, sendo o seu desenvolvimento atrelado a elaboração de normas legais relacionadas às questões de higiene e segurança no trabalho. Em 1919 foi aprovado o Decreto Legislativo nº 3.724 de 15.01.1919, considerada a primeira lei sobre acidentes do trabalho, desde então, as doenças provocadas pelo trabalho são equiparadas a acidente do trabalho.

Somente em 1940 foi fundada a Associação de Prevenção de Acidentes do Trabalho, e em 1943 a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT – entrou em vigor. A CLT foi o marco da proteção aos trabalhadores no Brasil, pois foi a partir dela que os empregadores passaram a ter maiores responsabilidades quanto à saúde e qualidade de vida dos trabalhadores.

Na década de 1950, há um segundo surto de industrialização no país, provocado pelo governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-1960), cujo slogan dizia “50 anos em 5”, havendo uma superexploração da força de trabalho, com poucos investimentos em melhoria das condições de salubridade e segurança, o que outorgou “ao país o título macabro de campeão mundial de acidentes do trabalho no pós-guerra” (PEREIRA NETO, 2009 apud MENDONÇA *et. al.* 2018, p. 11). Os trabalhadores passam a contribuir para os institutos de aposentadorias e pensões. Em 1960, foram criados os seguros contra acidentes de trabalho, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Ainda na década de 60 foi criada também a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho, a FUNDACENTRO.

Para Almeida (2008), o campo da medicina do trabalho vai se dando a partir de uma noção moral do conceito de trabalho. Cuidar da saúde do trabalhador e de sua família era também cuidar da nação, do conjunto da nacionalidade.

Ocorre nesse período conforme Frias Júnior (1999, p. 38):

Um desenvolvimento técnico-científico da Medicina do Trabalho, principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo. As Escolas de Medicina Preventiva incorporaram a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade ao modelo original de Medicina do Trabalho, passando, também no Brasil, a contextualizar uma área mais abrangente, a Saúde Ocupacional.

Também na formação médica, disciplinas como Medicina do Trabalho foram incluídas na maioria dos currículos das escolas médicas do país.

Nesse sentido, foram ampliados os serviços médicos das empresas, sendo um amplo mercado de trabalho interessante para os médicos do país, principalmente aqueles que tinham um viés sanitarista.

1.4 A saúde ocupacional

No Brasil, o campo da Saúde Ocupacional é definido pela legislação como:

[...] Os ensinamentos, recomendações e instruções que visam à proteção da vida e da saúde dos trabalhadores, um produto conjunto do trabalho de uma série de integrantes de diversos ramos do saber, como médicos, advogados, sanitaristas, psiquiatras, físicos, engenheiros, etc. (BRASIL, 2003. p.227).

O surgimento deste campo mostra-se como uma resposta à intensificação dos processos produtivos decorrentes da Segunda Guerra Mundial, o aumento de óbitos e de indenizações por acidentes de trabalho, fazendo crescer a insatisfação e o questionamento dos trabalhadores acerca de seus direitos à saúde. Deste modo visa, também, recuperar e remanejar os trabalhadores vitimados para voltar ao mercado de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Ao fazer uma análise ampla da realidade da situação da Saúde Ocupacional no Brasil, mesmo ela fazendo parte da Saúde Pública, os que a praticam nem sempre se preocupam com as questões de saúde pública. Isso se deve, talvez pelo fato de que ao contrário da saúde ocupacional, que atua alicerçada na legislação, normas e regras, na saúde pública não há um controle tão rígido para que essas normas sejam cumpridas, resultando em atuações separadas (NOGUEIRA, 1984).

Na visão de Mendes e Dias (1991), a existência de normas e procedimentos de segurança no trabalho ainda não são respeitadas por muitos empregadores, chegando a penalizar o trabalhador que não obedece às regras, sendo coagidos a trabalhar sob condições precárias (MENDES; DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ; THEDIM COSTA, 1997).

Na década de 1960, com o regime militar, iniciou uma fase de grandes construções pelo país, aumentando ainda mais os números de acidentes de trabalho.

Frente aos altos índices de ocorrência de acidentes, em 1972, as Portarias nº 3.236 e nº 3.237 do Ministério do Trabalho, tornaram obrigatório, nas empresas com mais de 100 funcionários, serviços de saúde com profissionais de várias áreas: médico do trabalho, engenheiro de segurança, técnico em segurança e técnico de enfermagem do trabalho. Era o início dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMTs) dimensionados de acordo com o grau de risco e o número de trabalhadores das empresas. A criação desses serviços já era uma recomendação da OIT desde 1959, mas no Brasil só foi iniciado nos anos 70.

Segundo Roloff *et. al* (2016), o objetivo do SESMT era do interesse coletivo, objetivando a promoção da saúde e proteção da integridade física do trabalhador em seu local de trabalho. A Portaria nº 3.214, de 08 de junho de 1978 do Ministério do Trabalho, aprovou primeiramente a criação de 28 Normas Regulamentadoras (NRs). Essas normas foram sendo modificadas e criadas de acordo com os conhecimentos técnicos que ao longo do tempo se adquiriu. Atualmente, no Brasil estão em vigor 36 Normas Regulamentadoras que estabelecem parâmetros mínimos e as instruções de saúde e segurança de acordo com cada atividade ou função desempenhada.

Conforme Camargo (2010, p.31) destaca:

As NRs são de cumprimento obrigatório no âmbito das empresas privadas e públicas, além dos órgãos públicos da administração direta e indireta. Além disso, também fazem parte desta obrigatoriedade os órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das leis do Trabalho (CLT).

A Norma Regulamentadora que abrange aspectos da constituição deste trabalho no campo da saúde e segurança é a NR nº 4, que foi aprovada pela Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978, publicada no suplemento do Diário Oficial da União de 06 de julho de 1978 e estabelece parâmetros para sua criação, finalidades e dimensionamento dos Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Diz a NR:

[...] Estes serviços deverão ser compostos qualitativamente e quantitativamente de uma equipe multidisciplinar integrada por médico do trabalho, engenheiro de segurança do trabalho, técnico de segurança do trabalho, enfermeiro do trabalho e técnico de enfermagem do trabalho e o seu dimensionamento depende da graduação do risco da atividade econômica principal (1 a 4 correspondem aos riscos ambientais) e do número total de colaboradores da empresa. (BRASIL, 1978)

Mesmo a partir de uma legislação, de certa forma, pouco se conhece a respeito das atividades e dos trabalhadores envolvidos na gestão do SESMT. O que a norma regulamentadora refere dentre outras ações é que o SESMT “tem a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho, vinculados à graduação do risco da atividade principal e do número total de empregados do estabelecimento” (BRASIL, 1978).

Segundo Mendes e Dias (1991), a implantação de serviços baseados neste modelo rapidamente expandiu-se por outros países, paralelamente ao processo de industrialização e, posteriormente, aos países periféricos. A preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores começa a se refletir no cenário internacional também na agenda da Organização Internacional do Trabalho (OIT), criada em 1919.

A partir do final dos anos 60, começam a surgir críticas e questionamentos ao modelo de Saúde Ocupacional centrado no conhecimento e nas práticas médicas, e uma nova forma de tratar as questões trabalhistas, no que diz respeito à relação saúde e doença, começa a ser construída.

No Brasil, essa nova forma de pensar a saúde no trabalho se dá através da Saúde do Trabalhador que, conforme o Ministério da Saúde/OPAS (2001) constitui uma área da própria Saúde Pública que tem como premissa de estudo e intervenção as relações entre a saúde e o trabalho.

Lacaz (2007, p.757), delimita a Saúde do Trabalhador como:

[...] Campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial.

Segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p. 25) “a saúde do trabalhador compreende um corpo de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum”.

Para Strausz, Guilam e Oliveira (2013, p. 2) “a saúde do trabalhador assume uma lógica enquanto campo de produção compartilhada de conhecimento, de oposição aos conceitos clássicos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, a incorporação de algumas variáveis que moldaram uma nova categoria de análise.”

Pode-se ver claramente a diferença: a Saúde Ocupacional é comumente

representada pelo Ministério do Trabalho e está relacionada ainda ao âmbito exclusivo dos trabalhadores e alicerçada às normas e legislações pactuadas entre governo, empregadores e trabalhadores. Já a Saúde do Trabalhador extrapola “os muros da fábrica” e é um campo teórico-prático que tem o foco metodológico, no Brasil, oriundo da Saúde Coletiva. Segundo Lacaz (2007, p. 757-758):

Ao contrapor-se aos conhecimentos e práticas da Saúde Ocupacional, objetiva superá-los, identificando-se a partir de conceitos originários de um feixe de discursos dispersos formulados pela Medicina Social Latino-Americana, relativos à determinação social do processo saúde-doença; pela Saúde Pública em sua vertente programática e pela Saúde Coletiva ao abordar o sofrer, adoecer, morrer das classes e grupos sociais inseridos em processos produtivos.

As intervenções nesta área devem buscar a transformação dos processos produtivos, no sentido de torná-los promotores de saúde, e não de adoecimento e morte, além de garantir a atenção integral à saúde dos(as) trabalhadores(as), levando em conta sua inserção nos processos produtivos. O trabalho é considerado como determinante social que pode levar o indivíduo ao adoecimento e ampliam a visão para o ambiente e a coletividade (BRASIL, 2018).

Sintetizando, como características básicas da área de saúde do trabalhador, podem ser destacadas:

- Compreensão das relações entre o trabalho, saúde e doença dos trabalhadores para fins de promoção e prevenção da saúde e da assistência;
- Ênfase na necessidade da mudança dos processos de trabalho considerado produtores de adoecimento;
- Exercício de abordagens intersetoriais e interdisciplinares;
- Participação dos trabalhadores enquanto sujeitos de sua vida e da sua saúde;
- Articulação com as questões ambientais.

Nos dias atuais, a prática cotidiana dos serviços de saúde nas organizações possui muitos desafios. Monteiro e Furtado (2017, p. 172), destacam que:

No tocante a relação saúde-trabalho é possível elencar algumas peculiaridades desta práxis laboral: característica de urgência na resolução de problemas, divisão sexual dos cargos e tarefas, dificuldade de trabalhar de maneira interdisciplinar, condições de trabalho, sobrecarga de trabalho para os técnicos de segurança e enfermeiras do trabalho, e, sobretudo, um imenso esforço para cumprir as exigências normativas da legislação, dado

este ser considerado a principal fonte de sofrimento no trabalho entre os profissionais da SST.

Segundo Dejours (1986), em sua palestra proferida na Federação dos Trabalhadores da Metalurgia da França, e publicada no Brasil pela Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, a noção de “condição de trabalho” diz respeito às condições físicas (temperatura, pressão, vibrações, radiações), químicas (vapores, poeiras, os tóxicos) e biológicas (vírus, bactérias) presentes no ambiente de trabalho que atacam o trabalhador no que diz respeito a seu corpo. Por “organização do trabalho” pode-se compreender a divisão de tarefas e a divisão dos homens desde o conteúdo das tarefas até o modo operatório. Isso diretamente influencia a saúde mental das pessoas. Portanto, o conceito de saúde como proposto pela definição internacional não é tão simples assim. Para o referido autor, saúde não é algo que vem do exterior e não é algo estável, ao contrário, é movimento, busca para encontrar meios de se manter saudável.

Por isso, mesmo com uma série de avanços neste campo, esta forma de ser e fazer o trabalho em uma perspectiva ampliada da relação saúde-trabalho está em constante transformação e produzindo movimentos que em determinado momento são de cooperação, integração de saberes, horizontalização, e em outro fragmentação, especialismos, serialização, tornando assim, os processos de trabalho das equipes muito adoecedor.

Nesse sentido, como promover saúde? Como compor com as tensões entre o institucional e o terapêutico? Entre saúde e as demandas do trabalho?

Conforme Lourenço (2009, p.115), pode-se concluir que embora o campo da Saúde Ocupacional “se ocupe de ações educativas de prevenção de doenças e promoção da saúde, mantém-se ainda limitada ao ambiente fabril e à busca de mudança de comportamento do trabalhador ou sua adaptação ao trabalho”. O campo da Saúde do Trabalhador, como área de estudos e intervenção junto ao trabalhador, no e do trabalho, tem se proposto a ultrapassar essa forma de lidar com essas questões, pois segundo Minayo-Gomez e Thedim-Costa (1997, p.26) “desafia a capacidade explicativa simples, exigindo uma teorização dialética e complexa, particularmente quando se ultrapassam as unidades/muros dos locais de trabalho”.

CAPÍTULO 2 – O conceito de trabalho

A literatura acadêmica sobre o significado de trabalho mostra que ele é uma atividade complexa, multifacetada, polissêmica, que não apenas permite, mas exige diferentes olhares para sua compreensão. A construção do conceito de trabalho tem sido abordada de diversas formas, sejam elas provenientes da física, seja da economia, seja da sociologia, entre outras. O que se percebe, independente dos vieses abordados, é que as profundas mudanças estruturais do mundo contemporâneo têm repercutido de maneira contundente na forma de ser e de fazer o trabalho. Segundo Hennington (2011), o trabalho tem se tornado cada vez mais variado e complexo e demandado maior exigência de ordem subjetiva e de mobilização de inteligência em um ambiente que tem estimulado a autonomia na condução das atividades cotidianas.

Definir “trabalho” implica muito esforço para desembaraçar uma rede conceitual complexa, na qual a palavra ganha sentido.

No nosso cotidiano a palavra trabalho é carregada de muitos significados, conforme apresenta Albornoz (1988, p. 8):

Na linguagem cotidiana a palavra trabalho tem muitos significados. Às vezes, carregada de emoção, lembra dor, tortura, suor do rosto, fadiga. Noutras, mais que aflição e fardo, designa a operação humana de transformação da matéria natural em objeto de cultura.

No vocabulário europeu, trabalhar tem muitos significados. Albornoz (1998, p. 8) destaca:

[...] O grego tem uma palavra para fabricação e outra para esforço, oposto a ócio; o latim distingue entre *laborare*, a ação de *labor*, e *operare*, o verbo que corresponde a *opus*, obra. Em italiano *lavorare* e *operare*; *trabajar* e *obrar* em espanhol. No inglês, salta aos olhos a distinção entre *labour* e *work*. Em português, apesar de haver *labor* e *trabalho*, é possível achar na mesma palavra *trabalho* ambas as significações: esforço para produção de uma obra de arte, os deveres escolares dos alunos, conjunto de discussões de uma repartição ou assembleia, processo de nascimento de uma criança. Além de atividade e exercício, trabalho também significa dificuldade e incômodo: “aqui vieram passar trabalho”; “a última enchente deu muito trabalho”.

Em nossa língua a palavra *trabalho* se origina do latim *tripalium*. O *Tripalium* era o nome de um instrumento feito de três paus bem afiados, algumas vezes ainda munidos de pontas de ferro, no qual os agricultores bateriam o trigo, as espigas de

milho, o linho, para rasgá-los e esfiapá-los. Segundo Albornoz (1988, p. 10) “a maioria dos dicionários, contudo, registra *tripalium* apenas como instrumento de tortura, o que teria sido originalmente, ou se tornado depois. Significou por muito tempo – e ainda conota – algo como padecimento e cativoiro”.

Segundo Tittoni (1994), podem-se encontrar referências para a palavra trabalho já na mitologia, no Mito de Sísifo ou no dos Doze Trabalhos de Hércules. No Mito de Sísifo, a ele era aplicado um castigo: carregar uma pedra até o alto de uma montanha, quando chegava lá, a pedra rolava novamente montanha abaixo, quando finalizava sua tarefa. Esse fato acabava por ser uma tarefa interminável, e, por esse motivo, frequentemente é utilizada a expressão “trabalho de Sísifo” para atividades sem sentido, sem objetivo, sem nenhuma razão ou cuja finalidade é somente sua realização, e nada mais. Já no caso dos Doze Trabalhos de Hércules, aparecem tarefas e ações que ele deveria cumprir para que fosse inocentado de crimes que cometera em um acesso de fúria: matar filhos, sobrinhos e renegar a própria esposa. Esses “doze trabalhos” seriam, também, a garantia de sua imortalidade (TITTONI, 1994).

Para Becker e Fátima (2014), podemos problematizar ainda mais e buscar uma “origem” do trabalho também no plano da representação, o que remonta à Grécia Antiga. As primeiras reflexões acerca do trabalho, nas obras homéricas²; posteriormente por volta de 700 a.C., na obra *Os Trabalhos e os Dias*, de Hesíodo; e em outras obras poéticas do período arcaico (aproximadamente 800 – 500 a.C.).

Assim, pode-se perceber que a palavra trabalho aparece associada a diversas situações, oriunda de diferentes campos do conhecimento do ser humano.

Para Facchini (1993), o trabalho é uma necessidade natural eterna, ou seja, um processo entre homem e a natureza que está determinado pela forma concreta em que se dá a produção, distribuição, intercâmbio e consumo dos meios de vida pelos diferentes grupos humanos.

A concepção marxista de trabalho (Marx, 2013) aponta que o trabalho pressupõe um processo de produção-reprodução social, sempre com duas ações: a produção e o consumo, que moldam uma unidade. Ao mesmo tempo em que produz

² Não há entre os gregos antigos uma noção global no sentido abstrato equivalente ao que se chama hoje de trabalho, tampouco um termo correspondente no idioma grego; as diversas atividades são listadas nesse período em sua pluralidade.

a sociedade através do trabalho, também é consumido neste ato, pois usa seu corpo, seu cérebro, nervos, músculos, enfim, todo o desgaste do operário a cada jornada de trabalho. O autor se refere ao trabalho em “sentido econômico” como produção, como relação orgânica entre a sociedade e a natureza. Este é o sentido essencial do trabalho em Marx, porque historicamente o indivíduo é parte da sociedade e a produz, sobretudo, através do trabalho.

No trabalho capitalista, o trabalhador produz mercadorias e vende sua força de trabalho como uma mercadoria. Neste processo, ele produz um excedente de valor – a mais valia – que não volta para ele na forma de salário, mas é apropriado por quem tem os meios de produção. Assim, o trabalho possui duplo caráter, ou seja, o primeiro como processo de valorização, seu modo de acumulação; e o segundo como processo técnico, como modo de produzir mercadorias.

Todas essas formas de pensar o conceito *trabalho* no nosso entendimento não bastam para a compreensão do mundo do trabalho contemporâneo. A noção de trabalho tem características enigmáticas, geradora de paradoxos e é necessário um maior aprofundamento.

Para Schwartz (2011), podemos compreender o conceito de trabalho a partir de três momentos históricos: primeiro, o trabalho nasce a partir da fabricação das primeiras ferramentas pelo *homo habilis* cerca de 2,5 milhões de anos atrás como Schwartz (2011, p. 21) bem destaca:

[...] Fabricação amplamente padronizada de objetos mediatizando a relação de uma população com seu meio de existência, no eixo de uma transformação, culturalmente transmitida, das normas de satisfação da vida. Presencia-se a emergência de sociedades de ‘produção’, sedentarizadas, cuja temporalidade da vida social é organizada e pontuada pelos ritmos da agricultura e da criação de animais.

Segundo a Revolução Neolítica, ocorrida por volta de 7.500 a.C., momento de significância social, econômica e cultural. Por fim Schwartz (2011, p. 23), destaca “o desenho do trabalho pela Revolução Industrial e pelo assalariamento: a porção de tempo trocada por remuneração, o “tempo de vida vendido”. A existência desses três “nascimentos” do trabalho exemplifica, em parte, a dificuldade de se delimitar, pelo pensamento conceitual, o trabalho como objeto.

Segundo Neves *et. al.* (2018, p. 319) “as concepções de trabalho resultam de um processo de criação histórica, no qual o desenvolvimento e a propagação de cada uma são concomitantes à evolução dos modos e relações de produção, da organização da sociedade como um todo e das formas de conhecimento humano”.

A partir do exposto, é possível perceber que toda a vida humana e do trabalho é atravessada de história e conforme Schwartz (2003, p. 23):

Quando se trata de trabalho, não se trata de uma “pequena história”, de uma história marcada pelo acaso das vidas individuais: nenhuma situação humana, sem dúvida, concentra, “carrega” com ela tantos sedimentos, condensações, marcas de debates da história das sociedades humanas com elas mesmas quanto as situações de trabalho: os conhecimentos acionados, os sistemas produtivos, as tecnologias utilizadas, as formas de organização, os procedimentos escolhidos, os valores de uso selecionados e por detrás de tudo isso, as relações sociais que se entrelaçam e opõem os homens entre si.

Atualmente o mundo do trabalho vem passando por mudanças na configuração, organização e modos de operar nos processos de trabalho. Sabe-se que ele se constitui não só de um modo operativo, mas também de intelectualidade e subjetividade, que está para além da pura e simples operação tarefaira. Justamente este aspecto se vê intensificado nos modos contemporâneos de trabalhar.

No contexto da indústria, Lazzarato e Negri (2001, p. 25), apontam estas mudanças identificando que “na grande empresa reestruturada, o trabalho do operário é um trabalho que implica sempre mais, em diversos níveis, capacidade de escolher entre diversas alternativas e, portanto, a responsabilidade de certas decisões”. É necessário estabelecer relações das mais variadas, entre diferentes setores, equipes, níveis de hierarquia, etc. Para os autores, é a subjetividade que é colocada para interagir nos processos de trabalho e, assim, configura o que chamam de trabalho imaterial.

Podemos então apontar para um ciclo de trabalho imaterial, que segundo Lazzarato e Negri (2001, p. 26) “é pré-constituído por uma força de trabalho *social* e *autônoma*, capaz de organizar o próprio trabalho e as próprias relações com a empresa.” No seguimento, apontam, que “o trabalho imaterial não se reproduz (e não reproduz a sociedade) na forma de exploração, mas na forma de reprodução da sua subjetividade.” (LAZZARATO; NEGRI, 2001, p. 30). Assim, intensifica o trabalho

chamado “intelectual” ao invés daquele conhecido como “manual” nos modelos tayloristas.

Na linha destas observações e focando na noção de subjetividade, Guattari e Rolnik (1986, p. 31), destacam:

Os indivíduos são resultado de uma produção de massa. O indivíduo é serializado, registrado, modelado [...] A subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo [...] A subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro social.

Ao tomarmos a subjetividade no trabalho, pode-se pensar que o trabalhador que desenvolve uma tarefa específica imprime no seu fazer uma história, uma concepção sobre esta tarefa, uma concepção de mundo do trabalho. Não só uma ação puramente manual, pois tem um componente subjetivo nesse processo do trabalhador com seu trabalho.

No contexto brasileiro, o trabalho sofreu mudanças com a transição da sociedade agrária para a urbana e industrial entre a década de 1930 e 1970 alavancando o processo de modernização do trabalho. O modelo sócio-econômico e político brasileiro, nestes momentos da história, provocou uma grande transformação no trabalho, com avanços nos direitos sociais e trabalhistas, porém, por ausência de maioria política capaz de levar as reformas clássicas do capitalismo adiante também provocou o aumento das desigualdades sociais. Conforme Pochmann (2014, p. 24):

Nas duas últimas décadas do século XX, o Brasil passou a retroagir no tempo. O padrão de vida resultante era geralmente primitivo e limitado ao exercício do trabalho pela sobrevivência com até 15 horas diárias de jornada e início laboral desde os cinco anos de idade até praticamente a morte [...] assim, o eixo estruturador da base material e social seguia sendo agrário, mesmo com alguma presença localizada de indústrias dispersas. Na passagem para o século XX surgem então as primeiras iniciativas de regulação do mercado de trabalho, com jornada laboral de oito horas, descanso semanal, férias e ingresso no mercado de trabalho após os quatorze anos de idade e aposentadoria após certo tempo de contribuição. Houve um crescimento entre 1930 a 1980.

De igual forma, os problemas sociais continuaram sem uma solução compatível com os avanços econômicos brasileiros.

Para Pochmann (2014), uma segunda transformação no trabalho ocorre nas últimas duas décadas do século XX com a recuperação no ritmo de crescimento

econômico e a ampliação do gasto social. Isso potencializou a expansão da renda e do emprego, colocando em novas bases o enfrentamento de mazelas históricas acumuladas, como a pobreza e a concentração de renda. Por fim, contata-se no início do século XXI, o retorno a forte polarização demarcada pela ascensão da classe média proprietária e ampla classe trabalhadora de serviços.

Para o autor, de um lado, a degradação da estrutura social herdada da industrialização fordista trouxe uma maior precarização para as classes trabalhadoras fabris e para parte significativa da classe média, tornando mais evidente um tipo de trabalhador que o autor chama de “novo precariado”. Por outra parte, a concentração de ganhos significativos de riqueza em uma pequena parcela da população, gera uma grande concentração de riqueza. Assim, para o autor, o avanço possível concentra-se em poucos, enquanto o retrocesso observado serve a muitos.

2.1 Saúde e trabalho: uma relação de constantes desafios

Quando se pensa a relação saúde-trabalho é inerente pensarmos não só em aspectos legais ou dos processos organizacionais, mas também da forma como se configura e se caracteriza o trabalho no cotidiano.

Saúde e Trabalho são temas que se conectam nos modos de viver desde tempos imemoráveis, dado sua estreita ligação com as estratégias de sobrevivência humana. Esta relação, no entanto, muitas vezes ocorre não como “saúde” e trabalho, mas como “adoecimento” e trabalho, na medida mesma em que o trabalho, ainda que garanta a sobrevivência, muitas vezes pode ser fonte de prazer ou sofrimento, produz efeitos nocivos para quem trabalha.

Para Merhy e Franco (2006), nenhum trabalho é igual ao outro. Vai depender muito daquilo que se produz. Por exemplo, existe uma forma específica para a produção de um móvel, um determinado equipamento tecnológico, ou até mesmo a fabricação de um carro; para produzir saúde, tem de se produzir de outro modo. Cada produção de determinado produto irá exigir técnicas distintas, matéria-prima diferente, um jeito específico de organizar o trabalho e trabalhadores próprios para aquela produção. Cada trabalho necessita de mecanismos diferentes para serem feitos.

Mehry (1997), desenvolve a ideia de “trabalho vivo”, ou seja, o trabalho humano que se atualiza quando executado, que se modifica, se transforma e se modula na

experiência e nos cotidianos de trabalho, com suas complexas relações. Justamente este caráter de movimento e de modulação que se imprime ao trabalho “vivo”, permite tramar relações com a saúde e sua produção nos contextos de trabalho.

A noção de “trabalho vivo” aponta para a dimensão da vida implicada no trabalho, de modo a enfatizar a dinâmica da própria vida, dar conta da vitalidade, da energia, na luta contra a inércia e a indiferença. Para Canguilhem (2009), o “viver” se caracteriza pela presença de normas já dadas e presentes em um determinado meio – neste caso o trabalho – que exige do organismo não só a capacidade de aprender essas normas, como também de geri-las, de acordo com as variabilidades que surgem. Assim, compreende que, ser determinado exclusivamente pelas normas e pelas imposições de um meio externo não é viver, é ao contrário, algo profundamente patológico.

Então, cada pessoa tenta recriar esse meio, em torno daquilo que são suas próprias normas, sendo necessário sempre fazer escolhas, de acordo com sua história e seus valores (SCHWARTZ, 2010). Com relação a isso, Schwartz (2010 apud HOLZ e BIANCO, 2014, p. 498), enfatiza ainda que:

Sempre há valores em jogo na atividade, uma vez que as pessoas fazem escolhas – conscientes ou inconscientes. E, se fazem escolhas, é em razão de critérios e, portanto, em razão de valores, e são os valores que levam à reconfiguração das normas, ou seja, às “renormalizações”, outro conceito capital.

A noção de valores é muito importante para pensar os modos como se dá a relação entre indivíduo e meio e os modos como pode recriar normas para acompanhar seus movimentos. Esta capacidade de ser normativo, para Canguilhem (2009), é a possibilidade de ter saúde em meio a estes movimentos.

Assim, podemos pensar que as exigências de toda natureza, as pressões da gestão, o ritmo da carga de trabalho, as intensas jornadas e os valores colocam a necessidade do indivíduo ser capaz de gerir esse meio de trabalho, de forma que não se torne algo patológico, ou seja, sendo capaz de criar novas normas, de agir positivamente para mudar a sua realidade de trabalho, buscando alternativas individuais ou coletivas para continuar vivendo. Enquanto for propiciado ao ser vivo condições para que seja possível interagir com o meio, de modo a poder recriar novas normas no interior de sua vida, então ele terá uma boa saúde (CANGUILHEM, 2012).

Para Holz e Bianco (2014, p. 501) o trabalho:

[...] É um uso de si, envolvendo a singularidade do trabalhador, suas escolhas e arbitragens, seu enfrentamento em relação às normas impostas e ainda o retrabalho dessas normas de acordo com valores de vida do trabalhador, percebe-se que é tudo isso em jogo no ato mesmo de viver e de tentar viver com saúde, ou seja, de tentar viver de acordo consigo mesmo num ambiente em parte imposto, em parte coercitivo, mas em parte modificável, e esse processo será sempre debatido e renormalizado por usos de si no âmbito das entidades coletivas de trabalho.

A ergologia reafirma o pressuposto ergonômico de que há uma distância entre o trabalho prescrito e o real, ou seja, o trabalho efetivamente realizado não é idêntico ao trabalho prescrito nas normativas institucionalizadas. Deste modo, mesmo uma prescritiva pormenorizada não poderá dar conta das variações que podem ocorrer quando do exercício da tarefa. Segundo Schwartz e Durrive (2010), o campo da ergologia acrescenta mais três proposições: a) essa distância é sempre parcialmente singular porque não é possível antecipá-la totalmente, está sempre introduzida na história daquele que trabalha; b) aquele que faz a gestão dessa distância obedece a uma racionalidade que atravessa tanto o intelectual, o biológico quanto o cultural, o corpo-si e c) há sempre valores em jogo na atividade (SCHWARTZ; DURRIVE, 2010, pp.42-45).

2.2 O SESMT e uma relação possível com o trabalho prescrito e real

Os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), conforme dissemos, são regulados pela NR nº 4, que foi aprovada pela Portaria nº 3.214 de 08 de junho de 1978, publicada no suplemento do Diário Oficial da União de 06 de julho de 1978.

Esta norma regulamentadora possui um nível de regramento bem intenso e refere à constituição de um trabalho em conjunto por parte dos profissionais de saúde, engenharia e segurança de forma integrada e colaborativa.

Diz a NR, no item 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 exija;
- 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 NRs aplicáveis às atividades executadas pela empresa e/ou seus estabelecimentos;
- e) manter permanente relacionamento com a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (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 o empregador manter a documentação à disposição da inspeção do trabalho;
- 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 SESMTs são essencialmente preventivistas, embora não seja vedado o atendimento de emergência, quando se tornar 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. (BRASIL, 1978).

É possível perceber que todas essas atividades propostas necessitam de um trabalho articulado, interprofissional e colaborativo que produza efeitos nos processos de trabalho das equipes da empresa. Existe uma série de ações mais voltadas para

análise e registro de documentos que são obrigatórios numa equipe que compõe o SESMT. Mas como fica essa relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real? Como é se deparar o tempo todo com questões de ordem burocrática/administrativa da ordem das tecnologias duras e leve-duras e por outro lado, as tecnologias leves? Entre as normas e aquilo que escapa delas?

Para buscarmos alguns subsídios para responder a estas perguntas, vamos retomar a necessidade de ampliação do conceito de saúde e a perspectiva de Canguilhem, bem como vamos trazer alguns conceitos da ergonomia e das clínicas do trabalho para pensarmos, adiante, como as equipes de SESMTs, frente a tantos regramentos, podem exercer seu trabalho com alguma saúde, pois têm na saúde dos demais trabalhadores, seu objeto de trabalho.

Em primeiro lugar, sobre a ampliação do conceito de saúde, podemos pensar que necessita ser ampliado, para além de simplesmente ausência de doença e completo bem-estar físico, mental e social. Quais são os limites entre o normal e o patológico, a saúde e a doença, suas relações com o trabalho? Temos visto nas últimas décadas um elevado índice de afastamentos por LER/DORT, depressão, distúrbios de ansiedade, entre outros.

A Cartilha Adoecimento Ocupacional: Um mal invisível e silencioso elaborado pelo Ministério do Trabalho em 2017 aponta para os dados da Organização Internacional do Trabalho (OIT), onde informam a ocorrência de 2,7 milhões de mortes anuais relacionadas ao trabalho, sendo 2, 4 milhões de mortes decorrentes de doenças do trabalho. Os dados são ainda insuficientes, mas o que se tem já demonstra que os acidentes e doenças do trabalho impactam na vida dos brasileiros. Nesse sentido, é necessário considerar aspectos da organização e configuração do trabalho no cotidiano.

Segundo Mendes e Dias (1999), é importante chamar a atenção para o fato de que das estatísticas brasileiras sobre saúde-doença, já há muito tempo, destacam a ocorrência de acidentes de trabalho e de doenças profissionais também nos trabalhadores originados de setores informais da economia. Os autores pontuam:

Há que se chamar a atenção para o fato de que estas estatísticas referem-se a uma subpopulação de trabalhadores contribuintes da Previdência Social, e coberto pelo Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT). Isto significa a exclusão dos “*empregados sem carteira de trabalho assinada*” e, além

destes, a exclusão dos “empregadores”, dos “autônomos e dos “empregados domésticos”.

Além desta questão apresentada, a visão de saúde ainda está limitada a fatores de risco químico, biológicos e físicos, excluindo das análises os fatores psicossociais do trabalho. Tais fatores, muito importantes nos estudos que pretendemos estabelecer, vão tratar das interações entre trabalhador e o próprio trabalho no que diz respeito às condições, ao ambiente, cultura, relações com o ambiente externo e que podem ser fonte de risco ou de proteção psicossocial.

Conforme Canguilhem (2009, p. 71) “a fronteira entre o normal e o patológico é imprecisa para diversos indivíduos considerados simultaneamente, mas é perfeitamente precisa para um único e mesmo indivíduo considerado sucessivamente”. Prossegue dizendo que ser sadio significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também, normativo, nessa situação e em outras situações eventuais. O que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

Avançando nesta direção, Brito (2017, p.101) destaca:

Somos obrigados a conviver em condições dadas, impostas e muitas vezes não desejadas, isto é, com as “infidelidades do meio”: destruição ecológica, distribuição perversa da riqueza, condições e formas de organização do trabalho desfavoráveis ou inaceitáveis, falta de segurança, analfabetismo ou escolaridade precária, alimentação deficiente, etc. A saúde está muito ligada tanto ao meio em que vivemos, quanto à capacidade que temos e desenvolvemos (individual ou coletivamente), para transformá-lo segundo nossos interesses e valores, (re)afirmando nossa potência de vida.

Sendo assim, ser saudável também implica em colocar-se em risco, apostar em suas capacidades de superação, de criação, de normatividade (CANGUILHEM, 2009).

A ampliação da noção de saúde nos remete a uma redefinição da noção de trabalho através das contribuições da ergonomia sobre trabalho prescrito e trabalho real.

Schwartz (2010), define que por trabalho prescrito entende-se aquilo que pode ser registrável, visível, objeto de esquemas, modelos, razões. Já o trabalho real diz respeito àquilo que se faz no real da atividade do trabalho, aquilo que está para além

do conjunto de prescrições. No cotidiano do trabalho, o trabalhador é convocado a se deparar com situações que não poderiam ser antecipadas pelos manuais e procedimentos consolidados. Há, portanto, um intervalo que não se elimina entre o trabalho que está prescrito e o trabalho real, conforme aponta a ergonomia (CLOT, 2006; LIMA, 2000; SCHWARTZ, 2002, 2006).

Segundo Vieira, Barros e Lima (2007, p. 157) é “nesse intervalo, caracterizado pela defasagem e insuficiência dos procedimentos, regras e normas, que, por si só, não garantem a realização do trabalho, que o trabalhador irá construir, de forma parcialmente singular, o “jeito de fazer” sua tarefa”. Da mesma forma também aponta Schwartz (1996, p. 151) “toda forma de atividade em qualquer circunstância requer sempre variáveis para serem geridas, em situações históricas sempre em parte singulares, portanto, escolhas a serem feitas, arbitragens – às vezes quase inconscientes”, que o autor chama de “usos de si”.

Segundo Vinagre e Castro (2017), os conceitos são distintos porque entre o que é prescrito e o que é realizado inscrevem-se uma série de variabilidades relativas ao processo de trabalho. Para os autores “mesmo nas ocasiões em que o próprio trabalhador prescreve suas tarefas — caso haja suficiente margem de autonomia — há de se diferenciar o que foi antecipadamente prescrito e o que se realizou daquilo que foi planejado” (VINAGRE e CASTRO, 2017, p. 183).

Por conta desta situação, define-se uma relação subjetiva do trabalhador com o seu trabalho, uma relação singular. Para alguns pode ser fonte de lamento, sofrimento e para outros uma atividade dos sonhos, uma realização pessoal. Isso dependerá de como se darão os processos, a configuração e a organização do trabalho no âmbito da saúde.

Quando pensamos as relações entre o trabalho realizado e prescrito no SESMT, estamos diante de um processo de trabalho complexo, visto que precisam dar conta das normativas de segurança e acolher as demandas de saúde de quem trabalha, conforme veremos ao longo deste estudo.

CAPÍTULO 3 - Estratégias Metodológicas

3.1 Tipo de pesquisa

A metodologia prevista para esta pesquisa é do tipo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, com delineamento de estudo de caso. Segundo Gil (2008, p. 27) “as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores”. A grande maioria dessas pesquisas envolve levantamento bibliográfico e entrevistas com pessoas que experimentam na prática o problema que se está pesquisando (GIL, 2008). Além disso, temos a compreensão de que o estudo de caso auxilia no entendimento dos fenômenos singulares e dos processos que os transversalizam.

A análise qualitativa conforme Minayo (2012, p. 623), tem a ver com compreensão:

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total [...] toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos.

Trata-se também de um estudo empírico, caracterizado como estudo de campo. Para Gil (2008), os estudos de campo buscam o aprofundamento das questões propostas do que variáveis determinadas. Como consequência, o planejamento do estudo de campo apresenta maior flexibilidade, podendo ocorrer mesmo que seus objetivos mudem e precisem ser reformulados ao longo da pesquisa. Nesse sentido, a pesquisa foi realizada em uma indústria do ramo de plásticos na cidade de Esteio/RS.

3.2 Instrumentos

Desenvolver estudos e fazer ciência é trabalhar com um conjunto de itens que abrange teoria, método e técnicas “numa perspectiva em que esse tripé se condicione mutuamente: o modo de fazer depende do que o objeto demanda, e a resposta ao objeto depende das perguntas, dos instrumentos e das estratégias utilizadas na coleta de dados” (MINAYO, 2012, p. 622).

Nesse sentido, para dar conta dos objetivos da pesquisa, optamos pelos seguintes instrumentos:

- a) Entrevista semiestruturada contendo 6 (seis) perguntas conforme Quadro 1 abaixo, onde foram levantados temas relacionados as ações de promoção de saúde, função de um serviço de saúde na empresa, impacto das ações de saúde e a relação entre trabalho prescrito e o trabalho real.

QUADRO 1 - QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO

1 – Qual a sua percepção sobre ações de promoção da saúde e prevenção de doenças nas empresas em geral?
2 – No seu entendimento, qual a função do SESMT nesta empresa?
3 – Esta empresa atualmente propõe ações de promoção da saúde e prevenção de doenças? Quais são elas?
4 – Qual a periodicidade?
5 – Na sua percepção, as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças produzem verdadeiramente um impacto na saúde e bem-estar do trabalhador desta empresa? Porquê?
6 – Na sua percepção, tem algo do seu cotidiano de trabalho que eventualmente foge da rotina?

Fonte: elaborado pelo autor com base nos objetivos gerais e específicos da pesquisa

A entrevista se constitui em um instrumento muito importante no trabalho de campo. Segundo Minayo (1994), através dela o pesquisador obtém informações que estão contidas nas falas dos participantes. Não tem como característica uma conversa neutra e sim uma fonte preciosa de informação. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

Através dela podemos obter dados objetivos e subjetivos. As entrevistas realizadas foram audiogravadas e transcritas para melhor análise e posterior discussão dos resultados.

A construção do conjunto de perguntas se deu a partir de uma reflexão sobre os objetivos gerais e específicos e pela curiosidade atravessada pela experiência do próprio autor no campo da saúde. Questionar os participantes sobre a percepção das ações de promoção de saúde nas empresas em geral e qual a função do SESMT na empresa pesquisada é buscar compreender qual a concepção de saúde e o papel dos entrevistados enquanto trabalhadores do campo saúde e segurança. Além disso, no nosso entendimento tem duas questões bem importantes que norteiam a pesquisa: o impacto das ações na saúde e bem-estar do trabalhador e a percepção sobre o trabalho prescrito e o realizado quando perguntamos sobre coisas que fogem da rotina.

Minha curiosidade se apresenta a partir de questionamentos sobre a efetividade das ações de promoção e prevenção de saúde. O que se produz no encontro do trabalhador com as ações de promoção de saúde? Qual o sentido das ações? É possível uma mudança no contexto pessoal e profissional? Todas essas reflexões fizeram parte da construção deste instrumento.

- b) O diário de pesquisa composto de informações coletadas a partir da observação de uma ação de promoção de saúde realizada pela equipe do SSMA e das percepções dos momentos de entrevista com os trabalhadores.

O diário de pesquisa é um instrumento utilizado pelos pesquisadores para registrar/anotar os dados recolhidos susceptíveis de serem interpretados. É uma ferramenta que permite sistematizar as experiências do campo para posterior análise dos dados. Na verdade, ele cumpre uma função muito maior. Ali é possível imprimir todas as vivências das visitas e entrevistas realizadas, as observações, os pensamentos e reflexões do pesquisador. É onde pode se registrar os processos e os fenômenos que estão para além da operacionalização de variáveis.

Para os registros utilizei um diário de pesquisa onde fui anotando minhas percepções, reflexões e questionamentos a cada retorno das visitas, além dos momentos de escrita deste trabalho. Frases, pensamentos e ideias que iam surgindo

eram registradas para não esquecer. Para mim funcionou como um verdadeiro diário, um companheiro nesta caminhada da escrita.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Para que as entrevistas e as observações fossem realizadas de forma satisfatória, foi necessária uma imersão na realidade de trabalho com o objetivo de buscar informações elencadas nos objetivos gerais e específicos. Nesse sentido, o campo é riquíssimo.

Segundo Minayo (2012, p. 323) “num trabalho de campo profícuo, o pesquisador vai construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações”.

O pesquisador que atua com o método qualitativo deve ter certa flexibilidade no trabalho de campo. Taquette (2016, p. 526) sinaliza:

Quando o pesquisador se prende muito aos métodos e técnicas pode acabar esquecendo os significados presentes em seus dados, desconsiderando aspectos importantes do campo devido à restrição de questionamentos dos procedimentos metodológicos.

Para iniciar o procedimento de coleta de dados, foi feito contato telefônico com a área de saúde da empresa e, de forma breve, apresentada a proposta de estudo, que foi bem recebida pela coordenadora da área. Ela solicitou que fosse enviado o projeto para que ela pudesse ler e, após faria um contato para marcarmos uma data para apresentação formal para o gestor. Passada umas duas semanas, recebi um e-mail com algumas sugestões de datas para apresentação do projeto para o gestor da área de relações trabalhistas da empresa com a participação da coordenadora do serviço de saúde. Marcamos, e na data e hora agendada fui até a empresa.

Na ocasião fui muito bem recebido e gostaram muito do projeto de pesquisa. O gestor ficou muito surpreso com o projeto fazendo boas referências à temática e colocou a empresa à disposição. Mediante a assinatura do Termo de Concordância Institucional (Apêndice 1) e a assinatura do Termo de Ciência e Autorização da Gestão (Apêndice 2), fiz as combinações diretamente com a coordenadora para a realização

das entrevistas e observação de uma ação de promoção da saúde desenvolvida pela empresa.

As entrevistas e observação foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2019.

CAPÍTULO 4 – Análise dos resultados

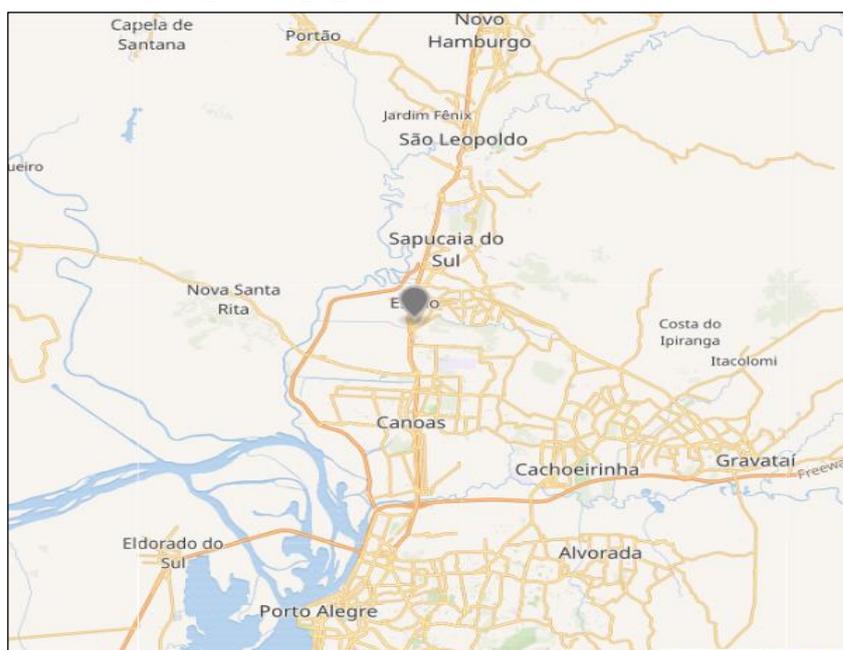
Neste capítulo, apresentamos as características da empresa e do serviço de saúde pesquisados, os participantes, bem como o processo de análise e organização dos resultados.

Assim, este capítulo fala da pesquisa propriamente dita, em que o material analisado é proveniente da pesquisa de campo, ou seja, das entrevistas e observações de uma ação de promoção de saúde. Cabe ressaltar, que os comentários verbais foram articulados com as teorias, possibilitando as articulações teóricas deste trabalho.

4.1 Delimitação territorial, caracterização da empresa e do serviço de saúde

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma empresa na cidade de Esteio, no estado do Rio Grande do Sul. O município fica localizado na região metropolitana da Grande Porto Alegre conforme é possível observar na Figura 1. Segundo os dados da Prefeitura Municipal possui uma área total de 27.676 Km² e população de 83.202 (IBGE – estimativa 2019).

FIGURA 1 - LOCALIZAÇÃO DO MUNICÍPIO



Fonte: extraído do Wikipédia em 09/04/2020

O perfil econômico se caracteriza pelo ramo de metalurgia, vestuário, tecidos, produtos alimentares e mecânicos, compondo um total de 409 indústrias, 2.317 pontos de comércio e 2.926 pontos de serviço. Entre os principais produtos manufaturados estão o óleo vegetal, plástico, papel, cimento, ração e proteína vegetal.

Conforme material publicitário de apresentação fornecido pela coordenadora da área de saúde, a empresa foi fundada em 1947 e é uma *holding* que reúne importantes marcas do ramo de plásticos. Sua trajetória iniciada há 72 anos e traduzida pelo grupo de empresas que a compõe, atua nos segmentos de: higiene, limpeza, organização, conservação, acabamentos e linha profissional. Conta ainda com uma unidade fabril localizada em Pernambuco, os Centros de Distribuição localizados no RS, PE e SP, bem como a Vale Verde, composta por uma Loja interna e uma Loja de fábrica. Atua na fabricação e distribuição de mais de 5.000 diferentes produtos, totalizando aproximadamente 50 milhões de unidades produzidas por mês. Os itens produzidos são comercializados em todo o Brasil e exportados para mais de 50 países.

Iniciou como um comércio atacadista e em decorrência das mudanças econômicas do país, a empresa decidiu focar as suas atividades na indústria e hoje é considerada líder no mercado de limpeza doméstica.

Em 2009, o grupo iniciou um amplo processo de estruturação do modelo de governança corporativa e de profissionalização que resultou, em 2012, no primeiro planejamento estratégico formal realizado pela corporação. Além do novo posicionamento, foram estabelecidas algumas diretrizes para nortear como se daria o seu crescimento.

Em 2015 o Planejamento Estratégico foi revisado, promovendo os ajustes necessários na estrutura organizacional para a continuidade dessa trajetória.

Dentro desse contexto, em 2016, parte da estrutura organizacional da empresa foi alterada com o objetivo de compartilhar algumas funções de forma mais eficiente, mantendo a identidade de cada empresa.

O serviço de saúde da empresa compõe um sistema complexo de organização, tendo relação com a área de recursos humanos, o qual é chamado de “RH da gente” conforme é possível observar na Figura 2 abaixo. Nesta espécie de mandala, o SESMT compõe a área de Saúde e Bem-Estar e é chamado de Serviço de Saúde e

Meio Ambiente (SSMA), que também possui seu organograma próprio conforme é possível observar na Figura 3.

FIGURA 2 - SISTEMA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS



Fonte: extraído dos documentos disponibilizados pela empresa (2019).

FIGURA 3 - ORGANOGRAMA DE SAÚDE E BEM-ESTAR



Fonte: extraído dos documentos disponibilizados pela empresa (2019).

A composição da equipe de saúde é multiprofissional e conta com 16 profissionais:

- ✓ 1 Enfermeiro(a);
- ✓ 3 Técnicos de enfermagem;
- ✓ 1 Engenheiro(a) em Segurança do Trabalho;
- ✓ 7 Técnico(a) em Segurança do Trabalho;
- ✓ 1 Médico do Trabalho;
- ✓ 1 Dentista;
- ✓ 1 Analista de serviços em saúde;
- ✓ 1 Gestor(a).

No que diz respeito à questão contratual, nem todos os profissionais são contratados diretamente pela empresa. O setor possui profissionais contratados de uma empresa de planos de saúde privados e de uma rede de farmácias, pois a empresa oferece aos trabalhadores alguns benefícios. Além disso, também fazem parte as contratações por Recibo de Pagamento Autônomo (RPA). A NR nº 4 prevê também este modelo de organização do SESMT.

A questão das diversas formas de contratação no contexto da saúde seja em que ambiente for, hospitais, unidades de saúde, clínicas, entre outros, sempre foram objetos de estudo. Na indústria também. No caso desta empresa em questão existem profissionais que são terceirizados. A experiência nos mostra que a relação de cuidado é fragilizada, visto que há uma maior heterogeneidade, fragmentação e ruídos na comunicação das equipes.

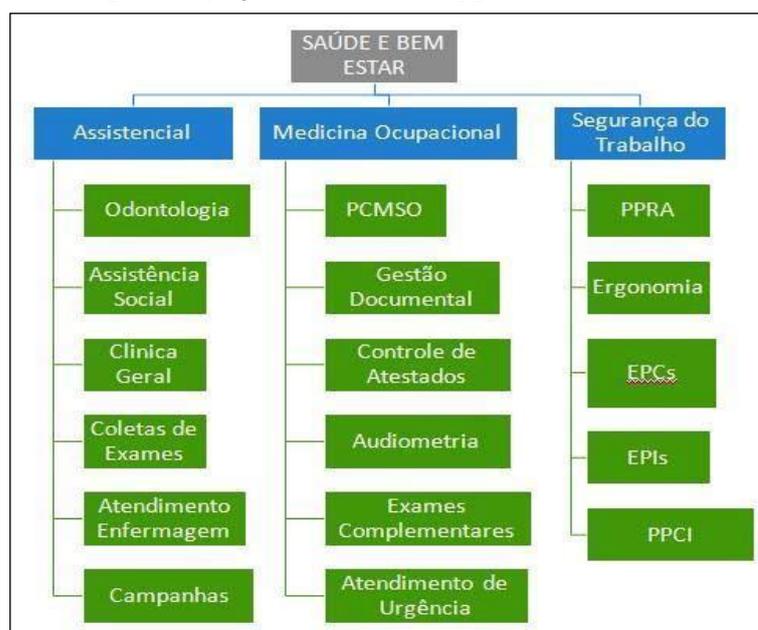
Com relação às práticas desenvolvidas no campo da saúde e segurança, Ruiz e Araújo (2012, p. 171) pontuam que:

As práticas desenvolvidas nesse campo organizam-se, de um modo geral, em torno de dois grandes objetivos: atender às legislações vigentes e prevenir os acidentes e as doenças do trabalho. Buscam antecipar-se aos perigos, identificando e eliminando os riscos ou, antes mantendo-os sob controle [...] as medidas normalizadoras ou prescritivas, de reconhecimento e controle dos perigos já sabidos, são consideradas relevantes, podendo-se dizer que sejam pontos de partida para a contínua melhoria das condições de saúde e segurança no trabalho. Essas medidas não são suficientes para abordar os riscos não “objetiváveis”, os ainda não

conhecidos, os imprevistos, os fatores psicossociais, enfim, as dimensões imateriais do trabalho.

O SSMA possui um organograma com macroprocessos e subdivide-se em três grandes áreas conforme é possível verificar na Figura 4:

FIGURA 4 - ORGANOGAMA DE MACROPROCESSOS



Fonte: extraído dos documentos disponibilizados pela empresa (2019).

A área assistencial, mais focada no acolhimento e atendimento às questões de saúde-adoecimento que chegam ao ambulatório; a área de medicina ocupacional, onde se encontra o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) e toda a parte de exames e atendimento de urgência; e a área de segurança do trabalho, com todo o controle de risco através de seus programas de prevenção e análise. O PCMSO é regido pela NR7.

Esta Norma Regulamentadora foi publicada no D.O.U em 06/07/1978 através da Portaria Mtb nº 3.214, de 08 de junho de 1978 e tem como objetivo estabelecer diretrizes e requisitos para o desenvolvimento do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional nas organizações, com o objetivo de proteger e preservar a saúde de seus empregados em relação aos riscos ocupacionais, conforme avaliação de riscos do Programa de Gerenciamento de Riscos – PRG da organização (MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO, 2020).

Foi feita uma revisão neste texto a partir da publicação da Portaria SEPRT nº 6.734, de 9 de março de 2020 com prazo de 1 (um) ano para entrar em vigor.

É possível perceber a estrutura complexa e ao mesmo tempo organizada do setor. Conforme Campos (1997, p. 247), de modo genérico:

Os processos de trabalho das equipes de saúde se dão em dois modelos polares. De um lado, em contextos mais tradicionais ou em organizações mais hierarquizadas, observa-se uma agregação mais vertical de profissões ou grupos homogêneos de especialistas. São os famosos organogramas verticais que criam departamentos [...] nestes casos, há uma tendência ao desentrosamento entre as várias linhas de trabalho e cada categoria profissional elabora seus próprios regulamentos, objetivos e normas. Tendem sempre a uma burocratização.

Em outro extremo, há experiências mais abertas de horizontalização dos organogramas, com certa distribuição mais homogênea. Nessas situações, é comum igualarem-se de algum modo todos os profissionais (CAMPOS, 1997). Isso acaba muitas vezes acarretando problemas no sentido de uma diminuição da capacidade destes trabalhadores de executarem procedimentos típicos de cada profissão.

Nesse sentido, pelo que pude observar a empresa busca um equilíbrio no seu organograma tendo como desafio a articulação de certa polivalência com algum nível necessário e inevitável de especialização.

4.2 Participantes

O estudo foi realizado com sete profissionais do SESMT, que como já foi dito, na referida empresa é conhecido como SSMA. Os profissionais eram de diferentes formações tanto de nível médio quanto de nível superior. As equipes dos SESMTs são constituídas de acordo com o tamanho e a graduação de risco da empresa. A amostra foi selecionada por conveniência a partir de uma visita feita para apresentação do projeto de pesquisa e levantamento de interesse na participação.

Foram levantadas informações pessoais e laborais nomeadamente: idade, gênero, grau de escolaridade, área de atuação e tempo de empresa. Com relação ao gênero dos entrevistados, a amostra caracterizou-se por quatro participantes do sexo masculino e três participantes do sexo feminino. O intervalo de idades ficou entre 24

e 55 anos com média de idade de 40,14 anos. O intervalo de tempo de trabalho na empresa ficou entre 3 meses e 15 anos com média de tempo de 5,8 anos.

O detalhamento dos dados sociodemográficos referente aos entrevistados, encontra-se na Tabela 1, apresentada no intuito de ilustrar a caracterização do perfil dos participantes desta pesquisa. A fim de preservar sua identidade, os nomes foram substituídos por números.

TABELA 1 - DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS DOS TRABALHADORES ENTREVISTADOS

Trabalhador	Gênero	Idade	Escolaridade	Áreas de atuação	Tempo
01	M	34	Superior	Saúde	8 anos
02	F	29	Superior	Saúde	5 anos
03	M	54	Médio	Segurança	5 anos
04	M	55	Superior	Segurança	15 anos
05	M	24	Médio	Segurança	3 anos
06	F	37	Médio	Saúde	3 meses
07	F	48	Superior	Saúde	5 anos

Fonte: elaborado pelo autor com base nas entrevistas realizadas

4.3 A primeira observação: conhecendo a empresa e coletando informações

No dia marcado me dirigi até a empresa. Fui com veículo próprio e ao chegar me identifiquei na recepção que possui um sistema de entrada e saída de funcionários e visitantes em geral bem rígidos: o modelo de sistema de catracas. A recepcionista ligou para o setor e me anunciou. Esperei uns 15 minutos para ser chamado, pois estava marcado para as 09:00hs e cheguei um pouco adiantado.

Em seguida a gestora do SSMA veio me receber. Comentou que organizou as entrevistas com os profissionais a partir das 10:00hs e teríamos tempo para visitar parte das unidades das fábricas. Estava um dia de sol e temperatura amena sendo possível caminhar pelo pátio e entre os pavilhões tranquilamente.

Fomos caminhando e ela me explicando como eram os processos de fabricação dos diversos produtos da empresa, bem como os processos de trabalho. Cada pavilhão é uma empresa que produz produtos distintos. Uma questão que me chamou a atenção, pois é muito interessante, foi a disposição dos prédios e galpões. Existem três grandes centros. A matéria-prima entra pela frente, é fabricada na parte do meio e sai pela expedição pronta para ser vendida. Cada parte e etapa possuem

estrutura e níveis hierárquicos de recursos humanos controlando todos os processos. Por sinal, percebi processos bem rígidos na fabricação dos produtos. As equipes trabalham de forma harmônica, operativamente falando.

Isso nos leva a refletir a partir das leituras feitas para a composição desta escrita, que o campo do trabalho, especificamente a gestão do trabalho sempre esteve historicamente ligada à busca de instrumentos de controle, de processos de trabalho hierarquizados, estruturados e serializados.

Todos os pavilhões dividem espaços com as máquinas, esteiras, caixas, empilhadeiras, carrinhos, mini caminhões e pessoas. Todas juntas ao mesmo tempo interagindo. Existem setores específicos para desenvolver cada etapa de um produto. Cada área/setor tem seus encarregados e/ou coordenadores. É um formato bem hierarquizado para lidar com os processos de trabalho. Os profissionais se revezam em turnos com horários de intervalo distintos. É uma empresa que trabalha 24 horas por dia, 7 dias por semana.

Andando pelos pavilhões fiquei refletindo na complexidade da atividade. O quanto de variação ali deve existir entre a atividade que é prescrita e o que é realizado pelo trabalhador. As complexidades que se apresentam, a imprevisibilidade das máquinas, os prazos exigidos para atender os clientes e os riscos que os trabalhadores estão expostos são alguns exemplos do que estou trazendo aqui. Tudo o que temos estudado sobre saúde e trabalho e lemos na revisão bibliográfica para a composição da pesquisa começa a fazer sentido. Além disso, fiquei muito mobilizado com esta primeira visita, pois pela primeira vez estava em contato direto com os trabalhadores e seus processos dentro de uma fábrica de grande porte e poder adentrar o ambiente da empresa, me fez pensar o quanto o trabalho prescrito e o realizado é desafiador.

É possível perceber que na atividade de trabalho, há sempre uma parte que é antecipada, pois em toda situação de trabalho, no cotidiano, na prática, tem a aplicação de normas, regras, protocolos para seguir, ou seja, um regulamento que está atrelado a diretrizes políticas, orçamentárias, enfim a determinada cultura corporativa (SCHWARTZ, 2010a apud HOLZ; BIANCO, 2014). Porém, outra parte não pode ser antecipada, visto que a atividade acontece no presente (Durrive, 2011), e que toda situação de atividade é, sempre, numa proporção jamais antecipável, não

somente encontro, mas encontro de encontros a gerir (Schwartz, 2010a), o que remete a singularidade na atividade cotidiana de trabalho.

Essa dialética ocorre entre dois registros, chamados por Schwartz (2010b), de Registro Um, visível e relativamente interpretável, refere-se ao lado protocolar que toda atividade comporta: objetos, técnicas, tradições, ferramentas, tudo que pode ser escrito, conservado, transmitido como as regras, leis, prescrições e procedimentos, por exemplo, e o Registro Dois, que se refere ao ato humano de lidar com o Registro Um, àquilo que faz reviver as técnicas num dado momento.

Ao entrar em uma das fábricas, caminhando mais para frente visualizo um quadro grande, impossível de não ser visto onde apresentava as fotos dos trabalhadores em formato piramidal com diversas instruções. Pergunto o que é. A gestora me responde que é um quadro que sinaliza orientações sobre os processos de primeiros socorros no caso de acidente. Cada trabalhador que ali está é responsável por uma área e recebe treinamento para isso. Eles estão habilitados a auxiliar no caso de acidentes de trabalho ou alguma intercorrência que possa surgir. Os trabalhadores vão mudando mensalmente na forma de rodízio.

Essa situação nos faz refletir sobre o processo de aprendizado, qualificação em serviço ou educação continuada, enfim, todos os processos de educação que também estão envolvidos no trabalho. Recorro aqui aos conceitos da Ergologia que propõe uma análise associativa entre a atividade de trabalho, os valores e os saberes. Conforme Pereira *et. al.* (2017), há uma diferença entre o trabalho prescrito e o real e é aí que o trabalhador é levado a gerenciar um conjunto de condicionantes e de situações imprevistas que não podem ser reduzidos exclusivamente à tarefa, a uma complexidade e dinamicidade que são vivenciadas na atividade implica o sujeito na tarefa e demonstra sua competência. Convida o sujeito a agir na sua capacidade de efetuar o processamento, essencialmente, em função de sua competência. Conforme a gestora, a empresa propõe muita qualificação na área de riscos. Além disso, atuam fortemente no processo de qualidade dos produtos.

Após a visita às fábricas, voltei ao ambulatório de saúde para dar início às entrevistas. Fui encaminhado para uma sala, que não estava sendo utilizada no momento, para que pudesse ficar mais à vontade e entrevistar os trabalhadores. Devido ao fluxo de trabalho foi estipulada uma média de 20 a 30 minutos para cada participante. Foi explicado para cada um os objetivos e a metodologia da pesquisa,

bem como entregue para assinatura, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3). Nesta primeira visita, foram feitas cinco entrevistas: dois trabalhadores da área de saúde e três da área de segurança do trabalho. Os outros dois profissionais da área de saúde, naquela ocasião, não puderam disponibilizar um horário para que pudéssemos conversar e marcamos um retorno para outra data.

Ao sair, conversei com a gestora para alinharmos o meu retorno para acompanhamento de uma ação de promoção da saúde. Ela comentou que nos dias seguintes iriam se reunir para definir dia e hora que ocorreria. Após, iria me contatar. Naquele momento encerrava-se primeira visita oficial para coleta de dados.

Voltei da empresa com muitas perguntas e poucas certezas. Refletindo muito sobre meu próprio trabalho. Atuo em uma instituição que propõe serviços de promoção da saúde para os trabalhadores das indústrias, ações, programas, modelos de gestão de saúde. Assim, algumas perguntas pairavam no ar: o quanto tem de efetividade naquilo que propomos a respeito das ações de promoção de saúde? O quanto os gestores acreditam nessas ações? Apenas ações de promoção de saúde dão conta dos processos saúde e adoecimento e suas relações com o prescrito e o realizado? Percebo que somente propor ações de promoção de saúde sem analisar o que de fato ocorre nas relações entre os trabalhadores e seu trabalho talvez tenha pouco sentido. É necessário compor com as práticas. Criar relações que produzam efeitos mais assertivos. Na minha vivência cotidiana desenvolvendo conteúdos no campo da saúde e trabalho, precisamos olhar para o sujeito a partir de um nível mais ampliado, pois o trabalhador é atravessado não só pela saúde e trabalho, mas pela assistência social, educação, segurança, entre outros. Nesse sentido, me senti como uma gota d'água em um oceano. Vivenciar uma visita, conversando com quem está lá na ponta, no dia a dia, ouvindo as queixas de saúde, os incômodos e/ou elogios, enfim, foi uma experiência muito interessante e reflexiva. Através da utilização do diário de pesquisa, foi possível guardar e ilustrar as cenas vividas neste dia.

4.4 A segunda observação: ampliando o diário de campo e conhecendo uma ação de promoção da saúde

Passada algumas semanas, recebi um e-mail com as informações para a segunda visita. No dia e hora agendada, lá estava eu para acompanhar a ação de

promoção da saúde. Cheguei perto das 11h45min. Estava previsto uma duração média de 2 horas durante o intervalo de almoço dos trabalhadores. Fui encaminhado ao refeitório, pois a ação iria acontecer lá.

O restaurante ficava no andar de cima de uma das fábricas, relativamente próximo da recepção central da empresa. Subi e chegando ao local me surpreendi.

Um refeitório acolhedor, com uma excelente decoração, bem iluminado e boa acústica. São em torno de 800 lugares bem distribuídos. Todo o funcionário ao chegar passa pela catraca, e se dirige a um *totem*, onde pode optar pelo cardápio de almoço para o dia seguinte, escolhendo entre alguns *menus* o que deseja. Existem ilhas de *buffet* separados por tipo de refeição.

Ao chegar fui recepcionado pela gestora do SSMA que me liberou a entrada e me encaminhou até o local onde estava acontecendo a ação. Lá estavam participando também três profissionais da empresa de planos de saúde privados. A ação estava organizada da seguinte forma: era distribuído um pequeno envelope contendo sementes de mini brotos de salsa, espinafre e alface. Junto o funcionário recebia um folder com algumas informações sobre como promover a sua saúde e sugestões para mudança de hábitos com frases para cada pessoa marcar algum hábito saudável que gostaria de começar a fazer, como por exemplo, caminhar, correr, sorrir, relaxar, beber mais água. Além disso, tinha sido montada uma tenda com alguns *banners* trazendo informações sobre promoção da saúde e bem-estar.

Ao longo do tempo que estive ali, a dinâmica ocorreu assim: o trabalhador que terminava o seu almoço, ao chegar mais próximo da porta de saída, era abordado pelos profissionais entregando os envelopes. Percebi que tinham pouca ou quase nenhuma intervenção/conversa, ou melhor, em alguns momentos tinha uma tentativa de uma brevíssima explicação do que continha no pacote e orientações de como utilizar. Tive oportunidade de conversar com as profissionais que estavam ali desenvolvendo a ação. Todas eram da empresa de planos de saúde privados, especificamente da área de recursos humanos e comunicação da empresa. Comentaram que desenvolvem ações de promoção da saúde em outras empresas também e que algumas vezes são convidadas pela empresa pesquisada para propor uma ação. Pergunto se percebem que a ação que estão desenvolvendo naquele momento, produz impacto na saúde dos trabalhadores e elas são unânimes em dizer que depende, porque acreditam que a forma e o tempo de abordagem com as pessoas

é que irá dizer. Verbalizam que se conseguem explicar com calma e conversar com o funcionário sobre os hábitos de saúde, entende que se produz algum sentido ali e uma mudança de comportamento; caso contrário, não.

A gestora me comentou que, as escalas de trabalho e tempo de intervalo são muito dinâmicas. Para muitos funcionários é fornecido apenas 30 minutos para o almoço. Devido a isso, é quase impossível conseguir uma abordagem adequada para uma boa conversa.

As profissionais que estavam realizando a ação referiram que essas ações acontecem duas ou três vezes no ano e são planejadas da seguinte forma: a empresa tem uma demanda que acha pertinente abordar, conversa com sua equipe e a equipe executa. Ou vice-versa. Muitas vezes a equipe sugere uma temática. Se a empresa aceitar, ocorre a ação.

A estratégia de divulgação é feita por e-mail. A ação observada foi voltada para o que chamamos de educação e prevenção, que propõe uma sensibilização e reflexão para alguns aspectos e hábitos de saúde que podem ser mudados ou melhorados.

No campo da saúde, especificamente promoção de saúde, as ações de educação e prevenção são muito utilizadas com propósito de estimular à prevenção, promoção, a participação das pessoas em algum assunto relacionado à saúde e qualidade de vida, através de dispositivos como palestras, folders, cartazes, rodas de conversa, oficinas com temas diversos como saúde bucal, alimentação saudável, prevenção às doenças crônicas não transmissíveis, saúde sexual e reprodutiva são exemplos de momentos educativos de levar conhecimento para as pessoas. Uma questão importante que é possível pensar, diz respeito à construção dessa modalidade, que deve ser sempre coletiva. A potência das discussões de educação e prevenção em saúde deve partir das pessoas envolvidas, dos sujeitos implicados no processo de aprendizado, o que se percebe que não ocorre de maneira plena e efetiva na empresa pesquisada.

Por fim, a ação terminou antes do previsto, pois acabaram os pacotes com as sementes.

A partir do exposto e da vivência que tive nesta ação de promoção da saúde, fiquei com vários questionamentos: o tempo em que ela ocorreu, a periodicidade e a forma. Compreendo que a ideia de promoção da saúde pode ser analisada sob várias abordagens e formas e que de um modo geral possui um campo de permanente

construção, convivendo com uma pluralidade de ideias, tanto no modo de concepção quanto no modo de intervenção. Além disso, reconhece como estratégias de promoção e saúde diferentes ações, como programas, serviços, projetos e iniciativas de promoção da saúde, buscando vincular a promoção da saúde à construção de uma autonomia e participação. E é justamente aí que faço minhas reflexões: a PNPS adota como um de seus princípios a participação social e a autonomia. Ora, nesse sentido, a questão do processo de uma determinada iniciativa se torna condição para uma perspectiva de promoção da saúde que aponte para uma verdadeira mudança.

Assim, conforme Mendes *et. al.* (2016, p. 196), referem sobre o processo:

É uma oportunidade de ultrapassar a mera lógica do 'estímulo/resposta' que ela pode representar, ou seja, promover uma ação 'x' para obter um resultado 'y', para alcançar uma lógica de produção social, isto é, um alargamento do espaço público no qual a sociedade produz a si mesma. Apenas assim podemos esperar que as iniciativas contribuam para a transformação não apenas do "outro" - o paciente, o cliente, o usuário - mas de uma dada realidade social, na qual ele e também nós vivemos.

Pode-se pensar que uma ação de promoção da saúde está para além da iniciativa que teve oportunidade de acompanhar. Caminha na direção de uma construção coletiva e que faça sentido para todos. Penso que as iniciativas são válidas, mas conforme as profissionais que desenvolveram a atividade, apenas a entrega de algum material não produz o efeito necessário. Nesse sentido, é possível refletir que a ação estava atuando em um campo mais prescritivo do que inclusivo e com uma participação e implicação na tomada de decisões de forma muito tímida.

Além disso, são necessárias ações articuladas entre assistência aos trabalhadores, vigilância em saúde, educação permanente aos profissionais de saúde da empresa e informação e educação aos trabalhadores de um modo geral.

4.5 Organização dos materiais: articulando as entrevistas e as observações

Este material passou por diversas fases com o intuito de facilitar a análise e interpretação dos resultados:

- Organização do material: refere-se ao processo de transcrição da gravação das entrevistas e da leitura do material transcrito na íntegra, bem como a organização do diário de pesquisa;
- Classificação do material: esta etapa consiste da releitura dos objetivos propostos para esta pesquisa, bem como, a sua fundamentação teórica;
- Codificação do material: diz respeito à codificação, estabelecimento de relações e criação de tabelas, matrizes e ilustrações utilizando o NVivo12 Pro a partir das falas dos entrevistados;
- Análise e discussão do material: o principal objetivo, nesta etapa, é estabelecer conexões entre os comentários verbais considerando a relevância da teoria. Ressalta-se a preocupação ética do pesquisador na construção deste material.

Após a realização das entrevistas com os participantes, iniciamos o processo de transcrição literal de todo o conteúdo das sete entrevistas. Esse processo demorou alguns dias, visto que é um trabalho complexo de escuta minuciosa. Todo o conteúdo foi digitado no *Microsoft Word*.

A seguir, uma releitura dos objetivos gerais e específicos da pesquisa buscando um alinhamento com a fundamentação teórica.

Todo o material das entrevistas depois de feita a transcrição, foi inserido no *Software NVivo12 PRO*. Este, por sua vez, é um software que suporta os métodos qualitativos de pesquisa. Foi desenvolvido para apoiar na organização, análise e busca de informações como: entrevistas, respostas abertas de pesquisa, artigos, mídia social e conteúdo web. Na verdade, não favorece uma metodologia em particular. Ele foi desenvolvido para facilitar técnicas qualitativas comuns para organizar, analisar e compartilhar dados, independentemente do método usado.

Alguns conceitos-chave são importantes para manipulação dos dados no *software*:

- ✓ **Fontes:** são os materiais de pesquisa – documentos, áudios ou PDFs;
- ✓ **Codificação** – processo de reunir os materiais por tópico, tema ou caso. Por exemplo, selecionar um parágrafo sobre trabalho e codificá-lo no nó “trabalho em saúde”;

- ✓ **Nós** – são etiquetas que representam temas, tópicos ou outros conceitos. Eles admitem que você reúna materiais relacionados em um lugar para que possa procurar padrões e ideias emergentes e ir agregando;
- ✓ **Classificações de caso** – é uma ação que auxilia a registrar informações sobre casos, por exemplo, dados demográficos de pessoas. É um agrupamento mais amplo de informações.

A partir da transcrição e inserção dos dados das entrevistas no NVivo, primeiramente fiz uma classificação de caso com dados sociodemográficos e o conteúdo das entrevistas que na minha percepção poderia ser ponto de análise alinhados com os objetivos gerais e específicos.

A partir de então, a análise dos dados juntamente com os casos permitiu o estabelecimento de alguns códigos (“nós”). Como vimos, os “nós” funcionam como variáveis que reúnem informações descritivas do texto, possibilitando a identificação de tendências, conforme é possível observar no Quadro 2:

QUADRO 2 - "NÓS"

1 – Ações de promoção da saúde
2 – Atendimentos
3 – Campanhas
4 – Formação X real da atividade
5 – Função do SESMT/SSMA
6 – Importância da promoção da saúde no geral
7 – Importância da promoção da saúde na empresa pesquisada
8 – Multiprofissionalidade
9 – Normas regulamentadoras
10 – Periodicidade
11 – Prescrito X real da atividade
12 – Saúde
13 – Saúde do trabalhador

Fonte: elaborado pelo autor com base nas entrevistas realizadas

A partir disso, trabalhamos com um recurso bem interessante que é a “consulta por frequência de palavras”. Com ela é possível listar as palavras que ocorrem com

mais frequência, por exemplo, em uma entrevista e visualizar os resultados em uma nuvem de palavras, mapa em árvore ou diagrama de análise de cluster. Para esta pesquisa, utilizei a frequência de palavras e árvore de palavras.

Nesse sentido, estabeleceram-se alguns cruzamentos e o levantamento de temáticas para facilitar o processo de análise e discussão dos dados conforme Quadro 3:

QUADRO 3 – TEMÁTICAS E "NÓS"

TEMÁTICAS	"NÓS"
Percepção da importância das ações de promoção da saúde nas indústrias em geral e na empresa pesquisada	✓ Importância da promoção da saúde no geral
	✓ Importância da promoção da saúde na empresa pesquisada
	✓ Saúde
	✓ Saúde do trabalhador
Ações de promoção da saúde	✓ Multiprofissionalidade
	✓ Planejamento
	✓ Periodicidade
	✓ Campanhas
	✓ Atendimentos
Relação entre trabalho prescrito e real	✓ Ações de promoção de saúde
	✓ Prescrito X real da atividade
	✓ Formação X real da atividade
	✓ Atendimentos
	✓ Normas regulamentadoras
Percepção sobre o impacto das ações de promoção da saúde	✓ Função do SESMT
	✓ Ações de promoção da saúde
	✓ Multiprofissionalidade
	✓ Saúde

Fonte: elaborado pelo autor com base nas entrevistas realizadas

A partir de então, foi gerada uma lista com as 30 palavras mais recorrentes para cada temática. Elas apontam dados bem interessantes na medida em que passamos a visualizar pela nuvem de palavras. Foram excluídos os advérbios, pronomes, prefixos e preposições, pois entendemos não ser importante para a análise. Também optamos por listar palavras com no mínimo 5 letras.

CAPÍTULO 5 – Discussão dos resultados

5.1 Percepção da importância das ações de promoção da saúde nas indústrias em geral e na empresa pesquisada

Uma das perguntas feitas aos trabalhadores diz respeito a percepção com relação a importância da promoção da saúde de um modo geral nas empresas e também especificamente na empresa em que trabalhavam. O objetivo foi compreender qual era a percepção sobre promoção da saúde para esses trabalhadores que atuam diretamente com o processo saúde-adoecimento no contexto corporativo.

A Tabela 2 abaixo mostra uma listagem com as palavras mais recorrentes juntamente com a frequência (contagem) que cada uma aparece no cruzamento entre os “nós”.

TABELA 2 - LISTA DAS 30 PALAVRAS MAIS RECORRENTES; IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Palavra	Extensão	Contagem	Percentual ponderado (%)
gente	5	22	1,59
saúde	5	18	1,30
trabalho	8	15	1,08
empresa	7	13	0,94
pessoa	6	10	0,72
olhar	5	9	0,65
pessoas	7	8	0,58
começam	7	6	0,43
empresas	8	6	0,43
importância	11	6	0,43
prevenção	9	6	0,43
promoção	8	6	0,43
forma	5	5	0,36
qualidade	9	5	0,36
questão	7	5	0,36
aberto	6	4	0,29
começa	6	4	0,29
existe	6	4	0,29
geral	5	4	0,29
importante	10	4	0,29
informações	11	4	0,29

procura	7	4	0,29
questões	8	4	0,29
temos	5	4	0,29
absenteísmo	11	3	0,22
ambulatório	11	3	0,22
assunto	7	3	0,22
ações	5	3	0,22
cabeça	6	3	0,22
conversa	8	3	0,22

Fonte: elaborada a partir das codificações do NVivo PRO

A Figura 5 apresenta nuvens com a frequência de palavras. Quanto mais vezes a palavra aparece na fala dos entrevistados, maior é o seu tamanho. Ou seja, apresenta uma maior frequência. Ela foi elaborada a partir da listagem apresentada na Tabela 2.

FIGURA 5 - NUVEM DE PALAVRAS: IMPORTÂNCIA DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE



Fonte: elaborada a partir das codificações do NVivo PRO

A maior parte dos entrevistados relatou que a promoção da saúde e prevenção de doenças é muito importante. Todos verbalizam que é válido tratar dessa temática nas empresas, pois é possível prevenir muitas doenças e acidentes com tais ações.

Da lista de palavras, optei por fazer uma análise das cinco primeiras. Assim, as palavras com maior ocorrência e destaque apresentados em ordem decrescente na Tabela 2 são: gente, saúde, trabalho, empresa e pessoa.

Primeiramente, se formos fazer uma busca rápida na *internet* encontraremos uma série de referências do vocabulário brasileiro para a palavra gente. A palavra gente sozinha é substantivo, com o artigo definido feminino “a” torna-se uma locução pronominal. Nós é um pronome pessoal reto que indica um grupo. As duas formas – a gente e nós – estão corretas e podem ser usadas como sinônimos.

Se partirmos para uma busca no dicionário da língua portuguesa, segundo Ferreira (2010):

“Substantivo feminino

1. Número indeterminado de pessoas: "há muita g. na fila"
2. Os habitantes de uma região, país etc.; povo: "a g. da roça"
3. A humanidade.
4. BRASILEIRISMO•BRASIL
Grupo de pessoas com os mesmos interesses, profissão etc.
"a g. do mundo empresarial"
5. BRASILEIRISMO•BRASIL
a família.
"minha g. veio de longe"
6. BRASILEIRISMO•BRASIL
grupo de pessoas a serviço de outrem; criadagem; bando.
7. BRASILEIRISMO•BRASIL
grupo de seguidores de uma ideia, facção ou causa.
"conta com g. certa em época de eleição"
8. MILITAR (TERMO)
força armada.”

Sendo assim, podemos refletir que estamos falando de pessoas, de grupo de pessoas. No caso da empresa pesquisada, um grupo de pessoas com os mesmos interesses. Trabalhadores que do seu modo produzem saúde, cuidado, acolhimento, estão imbuídas do ato de cuidar, são gestores do seu trabalho e percebem a importância da promoção da saúde no contexto que estão inseridos.

Uma das características dos serviços de saúde dentro das empresas é o trabalho em equipe. Apresentam objetivos gerais e específicos em comum, compartilhados por todos os membros, as atividades são complementares devido a convergência de alguns esforços dos membros e as metas são conhecidas e compartilhadas por todos do grupo, uma vez que o desempenho geral é coletivo. Além disso, se configura de forma multiprofissional.

Fazendo uma análise geral, foi possível perceber que para os profissionais da saúde como enfermeira, técnicos de enfermagem, dentista e médica a noção de promoção da saúde tem um viés mais assistencial refletindo que através dela é possível evitar as doenças secundárias, pois conforme os profissionais, estas poderiam ter sido tratadas de forma antecipada justamente com a promoção e prevenção. Os profissionais estão voltados para o processo saúde-adoecimento tendo como pano de fundo um olhar mais curativista.

Já para os profissionais da segurança no trabalho, tem um viés de proteção, está mais voltado para o cumprimento das normas e das leis que regem a saúde e segurança no trabalho. Além disso, para esses profissionais é a partir das ações de promoção da saúde que é possível criar um plano de ação em saúde e segurança. Nesse sentido, compreende-se que é complementar e na nossa percepção, pode estar aí um grande desafio para a equipe: o desafio do trabalho multiprofissional.

Para auxiliar a refletir sobre essa ideia Baremlitt (1994), pontua que uma determinada empresa, fábrica, estabelecimento, enfim, só possui algum movimento e dinamismo através das pessoas. Os processos de trabalho só funcionam por conta das pessoas, que ele inclusive se refere como *agentes*. As pessoas protagonizam práticas, que podem ser de vários sentidos, como verbais, não-verbais, discursivas ou não, técnicas, teóricas.

Uma organização, estabelecimento, empresa, fábrica, só adquire dinamismo através dos *agentes*. Nada disso se mobiliza, nada disso pode operar senão através dos agentes. Os agentes são “seres humanos”: a gente. São os suportes e os protagonistas da atividade de toda essa engrenagem. E os agentes protagonizam *práticas*. Práticas que podem ser verbais, não-verbais, discursivas ou não, práticas teóricas, práticas técnicas. Mas é nas ações que todo esse movimento acaba por operar transformações na realidade (BAREMBLITT, 1994).

Na esteira destas reflexões, para alguns profissionais a empresa está atenta as ações e referem o cuidado antecipado:

T5: “as vezes algumas empresas não dão muita importância, mas aqui a empresa enxerga de uma outra forma, de uma outra maneira”.

T6: “pra mim é de grande importância, principalmente a prevenção. Atualmente eles vêm com doenças secundárias que já poderiam serem

tratadas de outras formas, exatamente com essa parte da promoção e prevenção. Pra mim é de extrema importância”.

Segundo Czeresnia (1999, p. 4), há uma diferença entre ações preventivas e promoção da saúde, quando destaca:

As ações preventivas são orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. O objetivo do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno, o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos [...] A promoção da saúde define-se de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que não dizem respeito apenas a uma determinada doença, mas tem o objetivo de aumentar a saúde e o bem-estar geral. As estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho, demandando uma abordagem ampla.

A partir desta distinção, percebe-se que há um certo entendimento do que seja promoção e prevenção para os trabalhadores.

Para Maeyama *et. al.* (2015, p. 132) “um dos grandes equívocos sobre o entendimento de promoção da saúde é considerá-la como sinônimo de prevenção”. Muitas empresas atualmente não têm preocupação com as questões de promoção da saúde tendo percepções diferentes sobre a temática, tornando difícil a abordagem nesse contexto.

Atualmente as empresas têm olhares diferentes para isso. Conforme documento publicado pela Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (2010), a promoção da saúde é um trabalho apoiado entre os empregadores, os trabalhadores e a sociedade em geral para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no local de trabalho e isso é possível com medidas organizacionais, ambientais e individuais. É um esforço de todos, mas que vai depender principalmente da forma como a gestão olha para essa questão. Se é algo contínuo ou apenas em situações pontuais, ou até mesmo para cumprir as legislações e normas governamentais.

A obrigatoriedade do cumprimento das NR's pelo MTE faz com que a promoção da saúde e prevenção de doenças possuam maior adesão pelas empresas, apesar de que no cotidiano de trabalho não se evidencia que a execução desses requisitos garanta, de fato, maior prevenção e proteção. Isto porque, conforme temos visto, as teorias e concepções sobre a temática da saúde e sua relação com o trabalho não

podem abarcar a totalidade dos fenômenos que se passam no processo de cuidado em saúde. Esta situação mostra contradições num âmbito em que a busca de soluções e alternativas de enfrentamento para as questões da relação saúde e trabalho se confronta com interesses econômicos e não se coaduna com os investimentos para a garantia da saúde e dignidade no trabalho, além de não propiciar a participação dos trabalhadores nos processos decisórios relacionados ao trabalho e sua organização. Já para outro trabalhador a temática da promoção da saúde poderia ter dado mais um avanço olhando para as questões que acontecem com as pessoas individualmente:

T4: “eu percebo que ela tá bem melhor do que era no passado, mas eu percebo também que ela poderia ter dado mais um avanço, de um modo geral, tá. Tratar mais as questões do que acontece dentro da fábrica, dentro das empresas... com cada pessoa individualmente.”

O profissional reflete que é necessária uma análise para as questões do cotidiano, que acontecem dentro da fábrica. Ou seja, retomando as palavras mais recorrentes que o NVivo nos mostra, um olhar para as pessoas. Para a “gente”. Aqui podemos sinalizar a questão dos fatores de risco ou proteção psicossociais como ritmo e teor do trabalho, liderança, relações interpessoais, relação lar-trabalho, cultura organizacional, entre outros.

Se atentarmos para a Tabela 2, uma questão chama a atenção: a palavra menos recorrente quando o tema é importância da promoção da saúde é “conversa”, com apenas 3 ocorrências. Faço aqui uma relação com a última fala apresentada, que diz respeito a tratar mais sobre as questões internas que acontecem no cotidiano do trabalho.

Conforme Tedesco (1999), o cotidiano é onde se dá a esfera das atividades corriqueiras, o dia a dia. É constituído de pequenos episódios, dos fatos ‘sem prestígios’. É os pequenos fazeres, as diversas tomadas de decisão, são as interações e onde as representações, os discursos e as práticas são apropriadas e reproduzidas. Fazendo um recorte para o mundo do trabalho, especificamente, os processos de trabalho são muitas vezes desafiadores e geram problemas a nível individual e coletivo. Alguns fatores de risco psicossocial ligados aos processos de trabalho podem estar associados às relações interpessoais, os papéis na organização e a relação lar-trabalho.

O trabalho em saúde diz respeito a um mundo próprio, complexo, diversificado, altamente dinâmico, que cotidianamente, pessoas com as mais variadas situações se apresentam portadoras de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que estão ali, resolvê-los. O momento de trabalho é também um momento de encontro. Esse encontro é permeado de diversas dimensões: sofrimento, medo, dor, saberes, experiências de vida, práticas assistenciais, subjetividade que afetam os sujeitos – trabalhador e paciente. Enfim, há um mundo complexo que envolve principalmente a produção do cuidado.

O trabalho em saúde envolve as necessidades de outras pessoas, que são complexas e dinâmicas, pois envolvem inúmeras dimensões da vida, desde as relacionadas ao corpo físico, até as de ordem social e subjetiva.

Nesse sentido, Merhy (1997), refere que o trabalhador de saúde possui uma relação constante com as normas, regras, instrumentos, ferramentas, máquinas, formando assim também um processo de trabalho, no qual ele interage com diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interação configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado. Vale ressaltar que todo trabalho é mediado por tecnologias das mais diversas que podem propiciar processos mais criativos, centrados nas relações interpessoais, ou processos mais presos à lógica dos instrumentos duros, como as máquinas, por exemplo.

Quando o autor descreve sobre essa produção de cuidado, ele cita três tipos de tecnologia: a dura (os instrumentos, ferramentas), a leve-dura (que engloba o saber técnico) necessário para compor o trabalho em saúde e a leve (relações). As tecnologias leves são aquelas mais dependentes do *“trabalho vivo em ato”*, o que aumenta ainda mais a complexidade nesse campo de atuação e os desafios enfrentados pelos trabalhadores, pois há a necessidade de operar as relações entre si e destes com os gestores e usuários dos serviços.

Isso demonstra uma característica fundamental desse trabalho em saúde, a de que ele é um trabalho relacional, isto é, acontece na relação entre um trabalhador e o usuário, seja ele individual ou coletivo. O que mais que pode acontecer dentro de uma empresa senão os processos de interação entre as pessoas?

Penso que quando aparece nas falas as palavras “gente”, “saúde” e “trabalho” e pouca “conversa”, estão falando da importância do cuidado, do ato de cuidar e da singularidade dos processos e do próprio sujeito. Enfim, desse processo relacional,

que é feito, mas pouco aparece. Pode ser até que se converse pouco, mas para estes trabalhadores o processo de cuidado se dá a partir de outros elementos sensíveis, como a observação dos aspectos clínicos e dos comportamentos.

Foi possível perceber durante as visitas e os momentos de entrevista que os profissionais referiram estarem imbuídos de um senso de cuidado, de uma preocupação em falar sobre o que é feito, de um orgulho pelo trabalho desenvolvido, porém sempre alicerçado em um discurso e um olhar para a legislação e o cuidado mais individualizado.

A relação estabelecida com as tecnologias duras e leve-duras é muito forte, pois atuam em um campo de práticas onde o uso de instrumentos de segurança aliado a um saber altamente técnico se faz necessário durante todo o tempo, abrindo pouco espaço para um processo mais relacional neste contexto.

Já para outro entrevistado, a percepção sobre promoção da saúde tem como indicador os acidentes conforme é possível perceber no relato abaixo:

T3: “os números vêm mostrando isso pra nós... desde atestados médicos que vem reduzindo, acidente de trabalho, pra ti ter uma ideia eu estou aqui a 5 anos e nós não temos uma doença ocupacional, com todas nossas atividades não têm nenhuma doença ocupacional em função do trabalho”.

Neste relato é possível perceber uma visão alicerçada na medicina do trabalho e saúde ocupacional. A noção de que promover saúde é reduzir aos acidentes de trabalho. Esse modelo está baseado em processos organizacionais operativos de controle e acompanhamento. Os processos fazem parte do modo de gerenciamento de uma empresa, porém não é o único modo. De certa forma essa noção está alicerçada na ideia de que ao cuidar da saúde do trabalhador, não o deixando adoecer nem se acidentar, estariam protegendo peças fundamentais do processo de produção econômica.

Desse modo, produzir saúde se transforma em um grande desafio como veremos na próxima temática que diz respeito às ações de promoção da saúde propriamente dita.

5.2 Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças

Dentre as perguntas feitas para os trabalhadores de saúde, uma delas dizia respeito às ações de promoção da saúde que a empresa propõe. A Tabela 3 abaixo mostra a listagem com as palavras mais recorrentes juntamente com a frequência com que cada uma aparece no cruzamento entre os “nós”.

TABELA 3 - LISTA DAS 30 PALAVRAS MAIS RECORRENTES: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Palavra	Extensão	Contagem	Percentual ponderado (%)
gente	5	48	2,23
segurança	9	26	1,21
trabalho	8	23	1,07
saúde	5	20	0,93
atendimento	11	13	0,60
empresa	7	13	0,60
ambulatório	11	11	0,51
campanhas	9	11	0,51
fazer	5	10	0,46
parte	5	10	0,46
envolve	7	8	0,37
novembro	8	8	0,37
outubro	7	7	0,33
palestras	9	7	0,33
questão	7	7	0,33
semana	6	7	0,33
temos	5	7	0,33
ações	5	6	0,28
coisas	6	6	0,28
comunicação	11	6	0,28
medicina	8	6	0,28
médico	6	6	0,28
sipat	5	6	0,28
empresas	8	5	0,23
enfermagem	10	5	0,23
gestora	7	5	0,23
interna	7	5	0,23
pessoa	6	5	0,23
peçoal	7	5	0,23
peçoas	7	5	0,23

Fonte: elaborado a partir das codificações do NVivo PRO

A Figura 6 apresenta nuvens das frequências de palavras nas entrevistas. Quanto mais vezes a palavra aparece nas falas dos entrevistados, maior é o seu tamanho. Ou seja, apresenta uma maior frequência. Ela também foi constituída a partir da Tabela 3.

FIGURA 6 - NUVEM DE PALAVRAS: AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS



Fonte: elaborado a partir das codificações do NVivo PRO

A maior parte dos entrevistados em suas falas refere que são desenvolvidas muitas ações de promoção da saúde dentro da empresa. Conforme os relatos, essas ações são mais direcionadas para campanhas ao longo do ano e ações pontuais. A Figura 6 revela um dado interessante. Quando filtramos para as oito mais recorrentes da lista apresentada na Tabela 3, aparecem gente, segurança, trabalho, saúde, atendimento, empresa, ambulatório e campanhas. Mais uma vez a palavra “gente” aparece com maior recorrência. Estamos mais uma vez falando de um grupo de pessoas. O que se pode observar também é que as ações de promoção da saúde para os trabalhadores entrevistados englobam os atendimentos no ambulatório, os casos que necessitam de um cuidado diretamente na planta da fábrica, as situações

emergenciais a que os profissionais são chamados, ou seja, está para além da educação e prevenção. O atendimento no ambulatório e o cuidado ocupam um tempo considerável do trabalho das equipes de saúde e os “nós” cruzados no NVivo mostraram que estas tarefas influenciam o planejamento, a periodicidade e a forma como a equipe se organiza. Daí a necessidade de incluir os “nós” planejamento, periodicidade, multiprofissionalidade.

Para Ruiz e Araújo (2012, p. 171) “as práticas desenvolvidas nesse campo da SST organizam-se de modo geral em torno de dois grandes objetivos: atendimento as legislações vigentes e prevenção dos acidentes e doenças de trabalho. Busca antecipar-se aos perigos, identificando e eliminando os riscos, ou, antes, mantendo-os sob controle”.

Nesse sentido, a concepção de ações de promoção da saúde é muito diferente para cada profissional e local de trabalho. Muitos trazem como exemplos as campanhas do próprio calendário da saúde do governo federal como setembro amarelo, outubro rosa e novembro azul conforme é possível perceber no relato abaixo:

T2: “agora no fim do ano a gente acaba fazendo mais... que nem outubro rosa, novembro azul, setembro amarelo. Essa época a gente faz mais campanhas.”

Alinhado com a questão da saúde, trazem nas suas falas o viés da segurança, como é possível observar:

T2: “a gente faz campanhas, palestras. Durante o ano inteiro a gente tá tentando fazer isso. Tanto nós, quanto segurança. Segurança também faz blitz, pra ver se o pessoal realmente está cuidando da sua segurança, né”.

É possível perceber na verbalização do trabalhador abaixo a noção de saúde também voltada para a questão da segurança no trabalho. É dada uma ênfase no Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.

T3: “ah, tem um papel fundamental digamos... o ambulatório médico junto com a médica do trabalho faz um plano de saúde onde você trata os riscos que tão expostos dentro dos exames médicos aí como coleta de sangue e urina pra verificar se algum produto está causando uma doença ocupacional. Então, eu vejo assim o PCMSO como um grande programa de prevenção da saúde do trabalhador. Feito dentro das normas, hoje isso dentro da nossa empresa é feito dentro das normas.”

As ações de promoção da saúde e segurança no trabalho se colocam como um conjunto de estratégias e formas das mais diversas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, não devendo se restringir apenas as questões educativas, mas também buscando autonomia, empoderamento, integralidade e intersetorialidade. Lidamos com temas complexos e muito singulares, como a saúde e a vida, relacionadas com o contexto social, a cultura e com as subjetividades.

Conforme Malta e cols. (2016, p. 1691) “a PNPS vem para provocar mudanças nos modos de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde e traz, em sua essência, a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população”.

Essas percepções dos profissionais sobre as ações de promoção de saúde também trazem uma sinalização quanto ao planejamento, pois esse elemento também teve destaque nas análises. A maioria dos profissionais percebe que não há um planejamento conjunto de toda a área, o que é bem comum no contexto organizacional, ficando mais a cargo da gestão da equipe de saúde e segurança, juntamente com o setor de Recursos Humanos.

Para Merhy (1997), o trabalhador de saúde é sempre coletivo: o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do ‘trabalho em saúde’.

Uma das recomendações da legislação para os serviços de saúde nas empresas é que sejam constituídos por equipes multiprofissionais. Segundo Campos (2007), há dois modelos opostos na organização dos processos de trabalho em saúde. De um lado, em empresas mais tradicionais ou em organizações mais hierarquizadas, observa-se um modo de operar mais vertical das profissões ou de grupos homogêneos de especialistas. Em outro extremo, há experiências mais de horizontalização dos organogramas, com distribuição mais homogênea do poder. Nessas situações, é comum manter um modo artificial de relação igualitária de todos os profissionais. Todos fazem tudo e ninguém é pessoalmente responsável por nada em particular, já que a responsabilidade pelo projeto terapêutico seria sempre do coletivo.

Assim, para o bom andamento do trabalho, o desafio é combinar essas duas características com certo grau, que é inevitável, de especialização. A questão da

especialização requer sempre uma área de competência e uma área de responsabilidades. Sendo assim, a noção de Campo e Núcleo se torna interessante para pensarmos a questão do trabalho em equipe.

Para pensarmos essas características, Campos (2007, p. 248-249) refere que:

[...] Por Campo ter-se-iam saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades. Todo o saber básico, por exemplo, sobre processo saúde-doença. Conhecimentos sobre o funcionamento corporal, sobre relação profissional/paciente, sobre risco epidemiológico e regras gerais de promoção e de prevenção. Também noções genéricas sobre política, organização de modelos e do processo de trabalho em saúde. Portanto, a princípio saber conduzir casos deveria fazer parte do Campo de todo profissional de saúde. Por Núcleo entender-se-ia o conjunto de saberes e de responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade. O Núcleo marcaria, dessa forma, a diferença entre os membros de uma equipe. Os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional ou especialista. Conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade.

O que queremos dizer é que na equipe pesquisada, temos diversas profissões com formações distintas, porém é de grande importância que possam estar imbuídas de objetivos comuns e planejando ações juntos. Talvez até tenham objetivos comuns, mas nos referimos aqui a planejamento. Isso qualificaria ainda mais o processo de promover saúde.

Conforme Merhy e Franco (2008, p. 429):

Todo o trabalhador carrega consigo uma caixa de ferramentas, para o seu trabalho, que, na saúde traduzimos pela imagem das valises tecnológicas. Nestas valises, os trabalhadores, tanto de forma individual quanto coletiva têm suas ferramentas-máquinas (estetoscópio, seringa), seus conhecimentos e saberes tecnológicos (fazer clínico) e suas relações com todos os outros (atos de fala) que participam da produção e consumo do seu trabalho.

Um trabalho não é igual ao outro. Dependerá muito do que se produz, das condições de produção e dos locais de trabalho. Para produzir um carro tem de se fazer de certo modo; para produzir saúde, é de outro. Assim como a percepção de modelo de saúde e atendimento no âmbito da assistência que cada trabalhador e organização têm.

Os trabalhadores entrevistados refletem sobre um dos aspectos bem importante do processo de execução da promoção da saúde por um serviço como os de saúde dentro da empresa: a noção de ser uma construção coletiva, que envolva a

todos os profissionais do setor. Um envolvimento que possam contribuir com seus conhecimentos, pois além de serem campos de saberes, também são campos de práticas. Observemos no relato abaixo:

T1: “isso, a partir do evento... a gente faz... vem o cartazinho ali de cima... eles acabam planejando isso, o pessoal do RH... essas políticas... Sipat também.”

As falas remetem a uma baixa participação da equipe de saúde nas decisões e no planejamento das ações. O entendimento do que seja saúde e seus aspectos requer a participação de todos (indivíduos e grupos).

Mendes (2016), discutindo o modo como se dá a participação nestes processos, aponta que “pensar na participação, portanto, requer o exame sobre que enfrentamento institucional se está realizando, isto é, examinar se estamos reproduzindo, ressignificando ou criando instituições e se o fazemos baseados na autonomia ou submetidos à heteronomia” (Mendes, 2016, p. 200).

A participação nas decisões no âmbito da saúde não é tarefa fácil, possivelmente por excessos de burocracia e formas de oferecer os serviços, e por conta dos modelos de gestão. Na empresa pesquisada, os trabalhadores possuem um discurso de que oferecem uma gama de ações, porém com pouca participação no planejamento destas. Além disso, foi possível perceber que o serviço de saúde organiza suas ações baseadas nos saberes e nas categorias profissionais, o que é bem comum neste contexto. Com isso, o trabalho torna-se desmotivador, repetitivo, mecânico, produzindo-se partes onde o todo não é de conhecimento de todos.

Para isso, criar dispositivos para uma gestão mais participativa que envolva os trabalhadores e crie algo do campo do comum, se faz necessária uma alteração nos modos de configuração e organização do trabalho.

Segundo o Marco para Ação Interprofissional, elaborado pela OMS (2010, p. 13):

Profissional de saúde é um termo totalmente inclusivo, que se refere a todas as pessoas envolvidas em ações cujo objetivo principal é promover saúde. Incluem-se nessa definição aqueles que promovem e preservam a saúde, aqueles que diagnosticam e tratam doenças, profissionais de apoio e gestores da saúde, profissionais com áreas de competência distintas, sejam eles regulamentados ou não, convencionais ou complementares.

Nesse sentido, deve-se fomentar cada vez mais essa interação, pois mesmo tendo olhares diferentes é possível promover saúde através de uma verdadeira rede de práticas colaborativas. Segundo Peduzzi *et al* (2012), quando a comunicação é efetiva e de qualidade possibilita a articulação de muitas ações entre os profissionais. Para Kastrup (2003, p. 53), em uma rede enquanto objeto:

O único elemento constitutivo é o nó. Pouco importa suas dimensões. Pode-se aumentá-la ou diminuí-la sem que perca suas características de rede, pois ela não é definida por sua forma, por seus limites extremos, mas por suas conexões, por seus pontos de convergência e de bifurcação. Por isso deve ser entendida com base numa lógica das conexões, e não numa lógica das superfícies.

Nesse sentido, uma rede pode ser definida como um todo aberto, sempre capaz de crescer através de seus nós, por todos os lados e em todas as direções. Sendo assim, é importante para ampliar a qualificação das ofertas das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, o trabalho articulado com todos da equipe e demais setores envolvidos, criando “nós”.

Para os profissionais de segurança, aparecem noções sobre a questão das leis e normas que regem a saúde e segurança nas empresas:

T3: “além da obrigação legal, nós temos um planejamento estratégico. No início do ano a gente faz um planejamento baseado no ensino da NR, NR1 até a NR 36 todos aqueles riscos... é feito um planejamento e colocado uma meta para você buscar.”

Uma questão que foi abordada juntamente com as ações e planejamento foi a periodicidade com que as mesmas acontecem, e nesse sentido houve relatos e percepções diferentes. Alguns disseram que todo mês ocorrem ações, outros a cada três meses e outros ainda apenas de acordo com as temáticas ao longo do ano reforçando a percepção muito singular que cada um tem com relação as ações de promoção da saúde que são desenvolvidas.

Pode-se a partir disso, sinalizar para a importância de um trabalho interdisciplinar mais transversal. Algumas características desse trabalho são: comunicação e a prática colaborativa, definição de um projeto assistencial com objetivos comuns, tomada de decisões compartilhadas, responsabilidade (que se referem a prestação de contas pelos resultados obtidos), reconhecimento dos papéis

dos membros da equipe, complementaridade e autonomia nas ações, flexibilidade da divisão do trabalho, preservação das especificidades das diferentes áreas, relações mais transversais de poder e atenção centrada no trabalhador.

Isso auxilia no desenvolvimento de uma rede interprofissional colaborativa e promove maior pertencimento nos processos decisórios, além de respeito ao conhecimento teórico-prático.

5.3 Relação entre o trabalho prescrito e o real

A Tabela 4 abaixo mostra a listagem com as palavras mais recorrentes juntamente com a frequência que cada uma aparece no cruzamento entre os “nós”.

TABELA4 - LISTA DAS 30 PALAVRAS MAIS RECORRENTES: TRABALHO PRESCRITO E REAL

Palavra	Extensão	Contagem	Percentual ponderado (%)
gente	5	29	1,62
atendimento	11	16	0,90
trabalho	8	16	0,90
empresa	7	15	0,84
fazer	5	13	0,73
funcionário	11	10	0,56
parte	5	9	0,50
saúde	5	9	0,50
segurança	9	8	0,45
coisas	6	7	0,39
importante	10	7	0,39
precisa	7	7	0,39
coisa	5	6	0,34
entender	8	6	0,34
aprende	7	5	0,28
bastante	8	5	0,28
existe	6	5	0,28
médica	6	5	0,28
médico	6	5	0,28
organização	11	5	0,28
papel	5	5	0,28
questão	7	5	0,28
questões	8	5	0,28
serviço	7	5	0,28
burocrática	11	4	0,22

cuidar	6	4	0,22
ergonomia	9	4	0,22
gestão	6	4	0,22
negociar	8	4	0,22
pessoa	6	4	0,22

Fonte: elaborado a partir das codificações do NVivo PRO

A Figura 7 apresenta nuvens das frequências de palavras nas entrevistas. Quanto mais vezes a palavra aparece nas falas dos entrevistados, maior é o seu tamanho. Ou seja, apresenta uma maior frequência.

FIGURA 7 - NUVEM DE PALAVRAS: TRABALHO PRESCRITO E REAL



Fonte: elaborado a partir das codificações do NVivo

A maior parte dos entrevistados tem percepções diferentes sobre essa questão, mas, de um modo geral, referem que as rotinas são tranquilas e não tem nada que fuja do normal definido pelo cotidiano de trabalho. A ideia de questionarmos, nas entrevistas, sobre esse tema teve como objetivo buscarmos uma aproximação do como eles vivenciam, na prática, essa tensão entre o trabalho prescrito e o trabalho

real, pois sabemos que existe um abismo entre o prescritivo, as normas, as leis e o que realmente se apresenta no cotidiano de trabalho no que diz respeito ao cuidado em saúde.

Se observarmos a Figura 6, uma das palavras que se apresenta é atendimento. Os atendimentos fazem parte do trabalho do serviço de saúde da empresa, visto que os trabalhadores muitas vezes se acidentam ou não estão bem, seja fisicamente ou emocionalmente, encontrando lá um acolhimento para suas questões. Nesse sentido, a tarefa de atender está dentro do escopo do trabalho. Nesse sentido, um relato chamou muita atenção conforme é possível observar:

T6: “nunca tinha visto protocolos de atestados da médica do trabalho, questões que pra mim eram pequenas e que aqui é algo muito importante. A gente tem que cuidar as mínimas coisas que a gente faz. Por exemplo, vem um funcionário e diz cortei o dedo, um corte bem pequeno numa máquina. Pra mim, aquilo antes não era nada, entende? Porque eu era acostumada com algo muito grande. Trabalhei muitos anos em HPS... Mas aqui é muito importante sim dar ênfase nesse corte pequeno. Porque ele é um funcionário, e a gente trabalhando nessa parte da medicina do trabalho... Tu faz o curativo, tu conversa, tu orienta, faz a vacina.... mas além disso, tem a parte burocrática. Tem que sentar com o funcionário, explicar pro funcionário que vai ser feito um registro do que ocorreu. Eu faço todo esse registro.”

Este relato demonstra uma dimensão subjetiva e invisível do trabalho que é muito importante na relação saúde-trabalho e no trabalho das equipes de saúde. O trabalhador imprime não apenas algo do nível operativo, como fazer o curativo e preencher planilhas, mas se envolve cognitivamente e emocionalmente, de acordo com as situações que se apresentam. Especificamente em um setor de saúde do trabalhador onde profissionais referem que estão lá para atendimentos de emergência e atendimentos pontuais que chegam a todo instante, as situações para alguns são diversificadas.

Nesse sentido, podemos observar segundo Ruiz e Araújo (2012, p. 171), que “as práticas em SST costumam partir de uma análise estática do posto de trabalho muitas vezes sem contemplar a complexidade e a dinâmica que envolve as situações reais de trabalho”. Geralmente existe uma cultura da previsibilidade dos fenômenos, da antecipação de cenários possíveis e comportamentos para a formulação de normas e procedimentos.

No material do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente elaborado pelo Ministério da Saúde (2006), no que diz respeito a reflexão dos conceitos sobre Trabalho Vivo e o Trabalho Morto de Mehry (1997, 2002) e Franco (2003), é pontuado que:

No trabalho vivo, o trabalhador tem uma grande margem de liberdade para ser criativo, interagir com o usuário e inseri-lo no processo de produção da sua própria saúde, fazendo-o sujeito, isto é, protagonista de seu processo saúde-doença. Já no trabalho morto, o processo é pré-programado, porque fica sob o comando dos instrumentos, age como se ele fizesse um aprisionamento do trabalho vivo, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, protocolo, formulário, etc. Aí há pouca interação.

Toda atividade produtiva envolve sempre o trabalho vivo e o trabalho morto em ato, e quanto maior o trabalho vivo nesse processo, maior é o nível de cuidado que se tem com o usuário. O grande ponto é encontrar esse equilíbrio e chegar a um mínimo ponto de tensão. O relato abaixo clarifica bem o que estamos apresentando:

T7: "principalmente quando a gente trabalha dentro de uma empresa... existem então os interesses dos gestores, da empresa enquanto organização econômico-financeira, existe um grupo de profissionais aqui... e existe alguém gravitando na volta que é esse SESMT, né. Qual o nosso papel: entender o que a empresa precisa e as necessidades de olhar o funcionário, entender que eu tenho que harmonizar nisso. E na maioria das vezes não é isso que a gente aprende... O que a gente aprende é que o funcionário que tem determinada patologia tem que fazer isso, e isso e isso... e ponto final..."

Esta fala evidencia um grande desafio para todos que de alguma forma estudam a temática: as tensões entre o institucional e o terapêutico, o prescrito e o real na produção de saúde.

Nesse sentido, Schwartz (2011, p. 34) pontua:

[...] Pode-se, sem dúvida, caracterizar toda atividade humana como um nó de debates entre normas antecedentes e tentativas de "renormalização" na relação com o meio, debates frequentes invisíveis, sustentados em primeiro lugar sobre as normas operatórias, mas sem descontinuidade com as normas de vida que todo meio histórico veicula como misto de valores consensuais e valores contraditórios.

Por normas antecedentes podemos compreender a tudo o que é solicitado ao trabalhador antes dele, de fato, acontecer, ou seja, é anterior ao processo da atividade humana em si.

Trabalhar, para Schwartz (2004 apud Silva & Santos, 2017, p. 4):

[...] Envolve se relacionar com as determinações, normas institucionais – “gestão do uso de si pelos outros” – e ao mesmo tempo lidar com os julgamentos que cada pessoa concede ao próprio corpo, às próprias capacidades, aos saberes. Trabalhar significa tomar decisões, confrontar valores diversos, fazer escolhas em alguns momentos contraditórios. O trabalho representa uma “dramática do uso de si”.

Essa dramática que se refere Schwartz diz respeito ao movimento entre o prescrito, as infidelidades do meio, as renormalizações e a atividade do trabalho que é singular para cada um.

Para Deleuze e Parnet (1998), os indivíduos ou grupos são feitos de linhas de natureza bem diversa. O primeiro tipo de linha que nos compõe é segmentária, chamada de dura. Como exemplo, podemos citar a família, a escola, o trabalho. São aqueles núcleos mais normativos, prescritivos, com regras e normas sociais. Também existem linhas bem mais flexíveis, de certa maneira moleculares. Para os autores, estas linhas “traçam pequenas modificações, fazem desvios, rompem com o instituído. E há ainda uma terceira linha, esta ainda mais diferenciada, que não é previsível, não possui regras, não preexistente. Essa linha é simples, abstrata: a linha de fuga” (DELEUZE e PARNET, 1998, p. 148). O que estou trazendo aqui é uma reflexão para este tensionamento, entre esta relação do prescrito e o real. Se considerarmos Deleuze e Parnet, podemos pensar em sair de uma situação e arranjo e propiciar outro modo de sentir, ver, agenciar distinto. Não fugir da ordem, mas fazer a ordem fugir.

No processo de constituição das organizações há sempre movimentos de transformação constante. E nesse sentido, o trabalho em saúde no contexto da indústria possuem muitos atravessamentos, conforme o que aponta a nuvem de palavras. Embora este estudo não se proponha a uma análise institucional, recorro ao conceito de transversalidade referido por Barembliitt (1994). Para o autor, os atravessamentos são articulações, interpenetrações entre o instituído e o instituinte.

E essa interpenetração que é de um nível produtivo, instituinte, chama-se transversalidade, que pode se considerar também como uma dimensão que não se

vincula somente a ordem hierárquica de uma verticalidade, nem de uma horizontalidade. A transversalidade se caracteriza por criar dispositivos que não respeitam a ordem formal das organizações. Isso gera novos arranjos, novos movimentos.

Para o trabalhador abaixo, o relato chama a atenção por ter um conteúdo dúbio, onde embora o trabalho não fuja da rotina, é sempre o mesmo modo de funcionar e operar no cotidiano, sempre sobra tempo para questões que saiam da rotina. De igual forma, percebo que o trabalhador se refere a algo já dado e sabido para todos.

T1: “é muito difícil de ter alguma coisa que fuga da nossa rotina. A gente vai prestar um primeiro atendimento e vai encaminhar para o serviço especial. Não tem nada demais. Tenho uma agenda cheia, mas sempre sobra tempo para questões que saiam da rotina. Deu uma baixada na demanda, baixou um pouco o número de funcionários, chego a fazer 10 limpezas no dia, o atendimento é de meia em meia hora, já tenho 11 anos de formado, então já consigo dar um volume legal. Então é feito bastante coisa.”

Para Schwartz (2003, p. 23), no seu texto sobre Trabalho e Saber pontua que o trabalho, os saberes, as tecnologias utilizadas, ainda que por um indivíduo aparentemente, estão cheios de história:

Os sistemas produtivos, as tecnologias utilizadas, as formas de organização, os procedimentos escolhidos, os valores de uso selecionados, as relações sociais que se entrelaçam e opõem os homens entre si, tudo isso cristaliza produtos da história anterior da humanidade e dos povos [...] Toda atividade de trabalho encontra saberes acumulados nos instrumentos, nas técnicas, nos dispositivos coletivos; toda situação de trabalho está saturada de normas de vida, de formas de exploração da natureza e dos homens uns pelos outros.

Esse conjunto de normas e saberes que estão transversalizados de história não condiciona o que vai acontecer na atividade de trabalho propriamente dita.

T7: “...e a gente dentro de uma empresa tem que ter uma credibilidade enquanto profissional que o que eu diga aqui tenha um valor agregado, né... tanto pra quem tá acima, quanto para quem está nesse meio produtivo né... as pessoas precisam se sentir acolhidas aqui e ter a sua demanda reconhecida, mas também entender que existe um interesse né... trazer sempre para harmonizar.”

O trabalho nos coloca problemas. Por isso ele está além da “gestão dos recursos humanos”, conforme bem exemplificado o relato acima. Existem muitos

modelos de gestão em saúde que ao longo dos anos foram se modificando. Esses modelos geraram, e ainda geram, grandes impactos nos trabalhadores e estão ligados aos modelos de gestão da saúde e trabalho nas organizações. Um dos modelos foi inspirado em Taylor, caracterizado na extrema divisão do trabalho. Já o modelo japonês, baseado na excelência, estava fundamentado na qualidade, sendo o líder uma figura supervalorizada. E, por fim, o modelo de gestão participativa, valorizando a participação (autonomia) e trocas de experiências.

Ao analisarmos as entrevistas, uma questão que se coloca é como pensar o tensionamento entre o prescrito e o real frente aos modelos de gestão e de saúde que se observa nas organizações? Talvez a busca de um equilíbrio aí, seria através de uma composição de processos de trabalho mais transversalizados com predomínio de um olhar para a micropolítica.

Segundo Feuerwerker (2014, p. 37) “a micropolítica é entendida como o plano molecular em que se efetuam os processos de subjetivação a partir das relações de poder”. Na realidade, o lugar onde se manifesta e se produz a subjetividade.

A micropolítica é o espaço onde se dá o protagonismo dos trabalhadores e usuários de saúde, guiados por diversos interesses, os quais organizam suas práticas e ações na saúde. Esse espaço é múltiplo.

Sendo assim, podemos refletir que as concepções de modelos não são substituídas, mas coexistem entre si. Para Ruiz e Araújo (2012, p. 174):

Não se trata de uma sucessão ou substituição de modelos, mas da coexistência dos tradicionais modelos da medicina do trabalho, da saúde ocupacional, da higiene ocupacional, da saúde do trabalhador e da promoção de saúde. Trata-se de um campo em que coexistem paradigmas, concepções e interesses variados, muitas vezes conflitantes entre si, com predomínio das ideias oriundas do tradicional modelo biomédico de saúde.

A partir disso, pode-se pensar que o trabalho das equipes de saúde se dá entre diversos modelos de pensar saúde e promoção da saúde que realmente se inter-relacionam. Também podemos observar que, ainda que exista um movimento para dar maior relevância aos aspectos subjetivos, ainda prevalece o modelo biomédico, prescritivo, médico-centrado e fragmentado de atuar com saúde.

Pode-se compreender a partir dos relatos que atuar com saúde no contexto da indústria, especificamente na indústria pesquisada, é o tempo todo tentar compor demandas institucionais com demandas terapêuticas. É um campo onde prevalecem

as tecnologias duras e leve-duras. É possível perceber nos relatos o quanto de esforço existe para equilibrar as forças entre o instituído e o instituinte. Quando um dos profissionais relata sobre as necessidades da empresa e as necessidades do trabalhador/usuário, ficam claros o desafio de compor essa relação entre trabalho prescrito e trabalho realizado.

Em nossa opinião, esse é o grande ponto da questão que não é uma exclusividade da indústria, mas da saúde em qualquer instituição: compor interesses institucionais com interesses terapêuticos/assistenciais dos usuários. Se formos observar os interesses institucionais sempre estão ocultos nas práticas de cuidado em saúde, o que torna tais práticas, altamente burocráticas, repletas de dispositivos e processos mecânicos onde encontram-se pouco espaço para a subjetividade. Ainda assim, percebe-se que, conforme refletimos no início desta escrita, o trabalho imaterial, para além do operativo, tem um lugar.

5.4 Percepção sobre o impacto das ações de promoção da saúde

A Tabela 5 abaixo mostra a listagem com as palavras mais recorrentes juntamente com a frequência que cada uma aparece no cruzamento entre os “nós”.

TABELA 5 - LISTA DAS 30 PALAVRAS MAIS RECORRENTES; IMPACTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

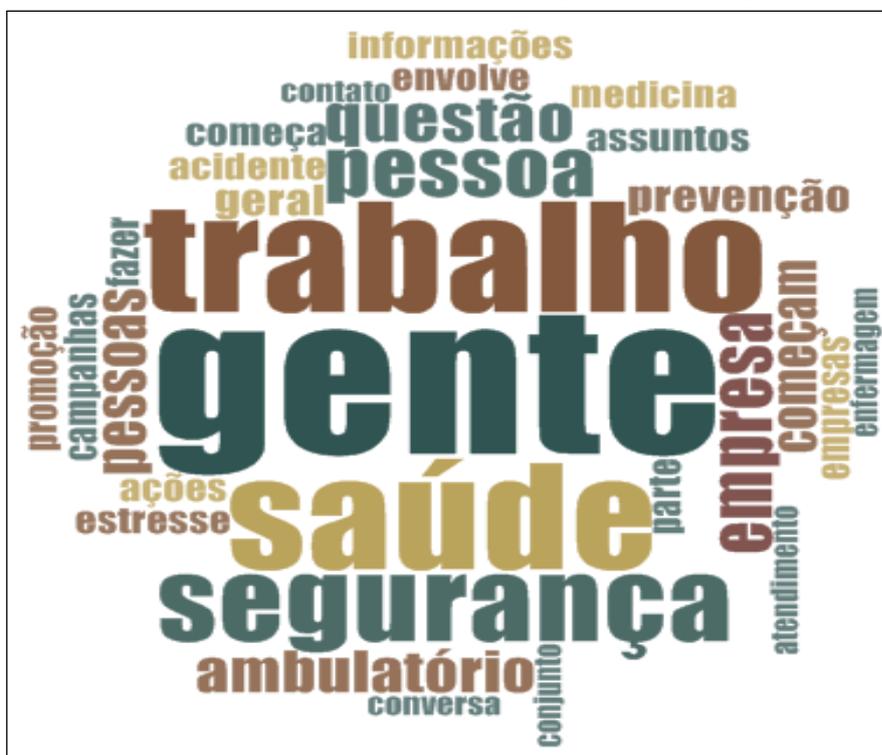
Palavra	Extensão	Contagem	Percentual ponderado (%)
gente	5	29	2,07
trabalho	8	21	1,50
saúde	5	20	1,42
segurança	9	15	1,07
pessoa	6	10	0,71
empresa	7	9	0,64
questão	7	8	0,57
ambulatório	11	7	0,50
pessoas	7	7	0,50
começam	7	6	0,43
geral	5	5	0,36
prevenção	9	5	0,36
acidente	8	4	0,28
assuntos	8	4	0,28
ações	5	4	0,28

campanhas	9	4	0,28
começa	6	4	0,28
empresas	8	4	0,28
envolve	7	4	0,28
estresse	8	4	0,28
fazer	5	4	0,28
informações	11	4	0,28
medicina	8	4	0,28
parte	5	4	0,28
promoção	8	4	0,28
atendimento	11	3	0,21
conjunto	8	3	0,21
contato	7	3	0,21
conversa	8	3	0,21
enfermagem	10	3	0,21

Fonte: elaborado a partir das codificações do NVivo PRO

A Figura 8 apresenta nuvens das frequências de palavras nas entrevistas. Quanto mais vezes a palavra aparece nas falas dos entrevistados, maior é o seu tamanho. Ou seja, apresenta uma maior frequência.

FIGURA 8 - NUVEM DE PALAVRAS: IMPACTO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE



Fonte: elaborado a partir das codificações do NVivo

A maior parte dos entrevistados refere que as ações de promoção da saúde produzem impactos positivos no trabalhador. Como podemos observar na planilha produzida, as palavras gente, trabalho, saúde, segurança seguem sendo as que mais aparecem e contato e conversa as que menos aparecem. Alguns relatos chamaram a atenção, no sentido de que os trabalhadores percebem que apenas palestras, eventos, informativos em formato de cartazes não são suficientes para dar conta, corroborando o que foi possível observar na ação de promoção da saúde que participei em que trazem a dificuldade de promover uma real mudança de hábito apenas com materiais informativos, pois para haver uma mudança significativa é necessária uma ação mais relacional. Observemos abaixo:

T5: “a empresa investe em todas essas campanhas, eventos, informativos. Só que pra ela ter efeito o papel não basta. É preciso que a pessoa esteja aberta pra receber essa informação, processar e colocar em prática. Então muitas vezes é difícil, tu dependes do teu colega que tá transmitindo isso. E muitas vezes as pessoas não dão muita importância no assunto. Então, eu vejo para que isso funcione o ouvinte, que é pessoa que está recebendo, tem que tá aberto a processar a informação.”

Por outro lado, a visão do profissional abaixo sobre o impacto na saúde das pessoas, mais uma vez remete a relação de atendimento pontual conforme é possível observar:

T1: “eu acho que sim, né... imagina, o paciente que vem aqui as vezes a gente pega tá desassistido, assim há 4 ou 5 anos, não vai no posto, tá desempregado, não tem convênio, tem muito que a gente consegue reverter muito aqui, a gente faz uma primeira limpeza, explica a escovação, e tu nota o resultado, porque eu peço o retorno e o pessoal vem melhor, então, são coisas assim que não precisam de um tempo muito longo.”

Em um dos relatos, percebi uma questão interessante. A noção de que quando pensamos em saúde no contexto do trabalho temos que incluir a dimensão dos fatores psicossociais também. O trabalhador faz uma relação de absenteísmo com os relacionamentos saudáveis. Observemos abaixo:

T4: “a gente sempre procura trazer assuntos relacionados a saúde, bem-estar, depressão, estresse... Nós temos hoje o índice mais baixo de absenteísmo. Porque? Porque elas estão com a saúde mais controlada em relação aos outros períodos, elas procuram mais informações, elas valorizam mais o trabalho delas... Então tem uma série de fatores que determinam o absenteísmo ou não. Não é só o fato da pessoa ter uma

comida bem saudável... Não, os relacionamentos, a gente procura criar bons relacionamentos dentro da fábrica.”

Para alguns trabalhadores a promoção da saúde também tem a ver com atendimentos pontuais, e assim é algo que produz sentido nas pessoas. Isso demonstra um trabalho nessa relação saúde-adoecimento mais curativista e privatista, mas que para eles tem importância e gera impactos positivos conforme é possível observar:

T1: “é um atendimento de urgência que a gente consegue fornecer... um atendimento básico... atendimento para encaminhar para especialidade e de informação ao paciente também, né.”

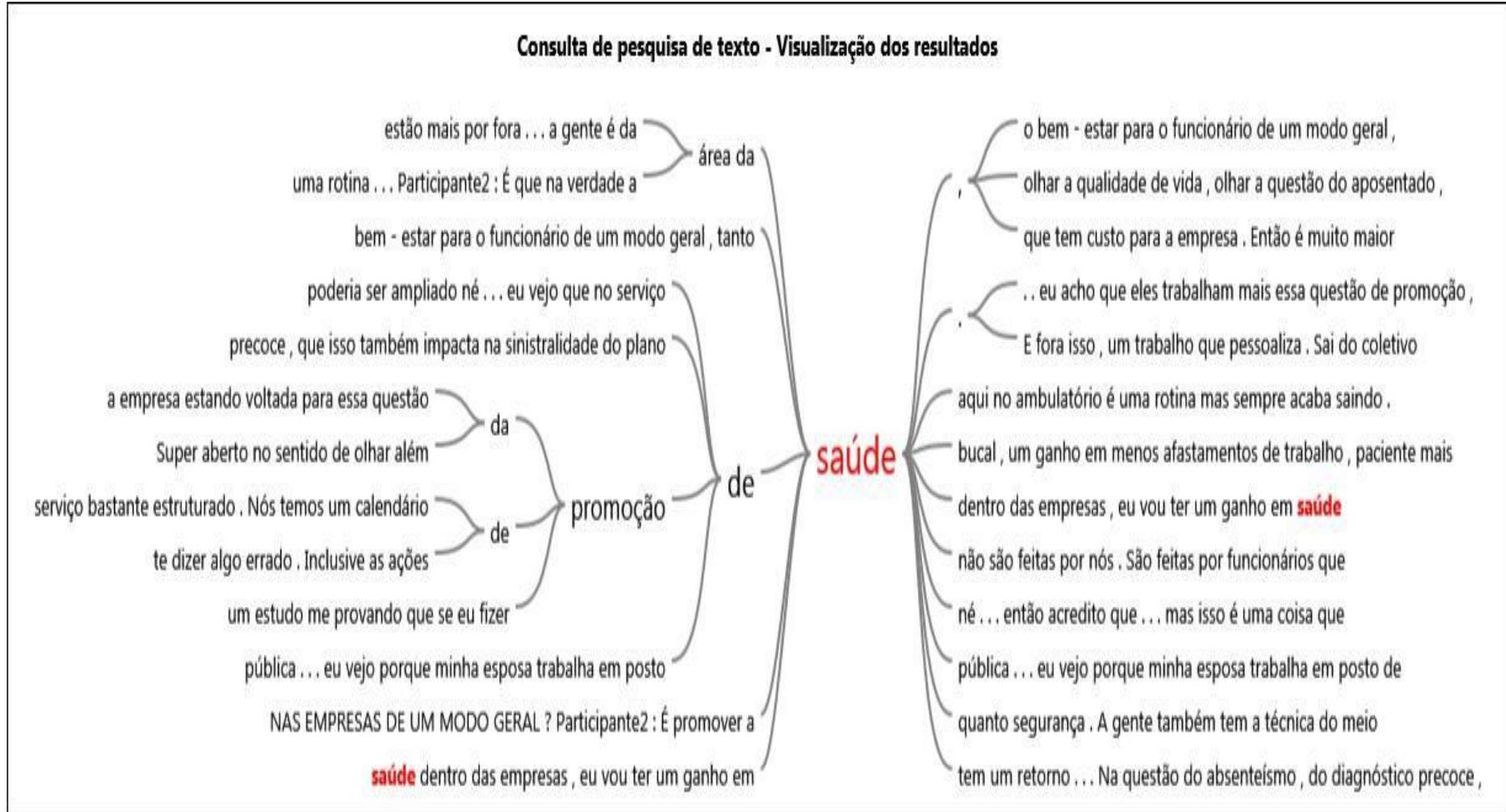
A compreensão de uma lógica biomédica e individualizada do campo do privado ainda é hegemônica em muitos contextos. Já se passaram muitos anos que a reforma sanitária aconteceu e é um desafio diário para as equipes de saúde trabalhar em uma lógica coletiva, democrática e participativa. Os especialismos, a fragmentação do cuidado, a lógica de uma clínica privada dentro do público e a construção de um trabalho pautado pelo olhar exclusivamente biomédico, nos leva a crer na tarefa diária de luta por maior qualidade nos processos de cuidado.

Um exemplo clássico que vivenciamos é no campo da saúde mental onde ainda na atualidade vemos casos clássicos de institucionalização da loucura e da lógica manicomial com a ampliação dos diagnósticos e a medicalização da própria vida. Sendo assim, é necessário um repensar essas lógicas no contexto que for: industrial, clínico, educacional, assistencial, entre outros.

Além da análise com os “nós”, foi feita uma relação entre as palavras “saúde” e “promoção da saúde” com as entrevistas dos trabalhadores da área da saúde e os trabalhadores da área de segurança.

Essa análise permitiu gerar a árvore de palavras conforme ilustração 9 e 10. Uma árvore de palavras no NVivo está intimamente ligada à derivação de uma palavra-chave que o pesquisador selecionou de acordo com o interesse da pesquisa. Ou seja, é composto de um elemento (raiz/nó) que são ligadas a outros elementos.

FIGURA 9 - ÁRVORE DE PALAVRAS 1



Fonte: elaborado a partir das codificações do NVivo PRO

É possível perceber que para os profissionais de um modo geral a promoção da saúde está colocada como algo importante, que tem uma estrutura com objetivos, planejamento, metas, leis e normas, ou seja, um olhar para o prescritivo. Importante frisar aqui que na nossa percepção, os processos de trabalho na saúde se compõem disso, porém não só isso. Propor saúde, ou melhor, promoção e prevenção da saúde no cotidiano de trabalho de uma empresa é muito desafiador. Está para além do prescritivo.

No processo de cuidado os profissionais são valorizados pelas metas, ficam absorvidos pelos dados, indicadores e estatísticas e a partir daí o trabalho que está no “entre” fica cada vez menos visível. Neste trabalho, sempre há outra subjetividade diretamente implicada. É necessário compreender que as práticas em saúde têm particularidades que as distinguem de outros ofícios. Está alicerçado em relações interpessoais o tempo todo.

No processo de saúde, por mais que esteja dentro de um controle, e em alguma medida precisa ser controlado, muitas coisas podem acontecer de forma imprevisível. Como esse trabalho ser reconhecido?

Muitas ações do trabalho em saúde não aparecem, não é visível. Não tem visibilidade porque não pode ser traduzido exclusivamente por dados, metas, relatórios e indicadores. Certa vez, em um trabalho assistencial em saúde mental que eu desenvolvia, um colega desabafou: “meu trabalho não aparece, fazemos muitas coisas aqui, mas não é contabilizado, ou se é, é apenas como um simples atendimento, contabilizado como um número”.

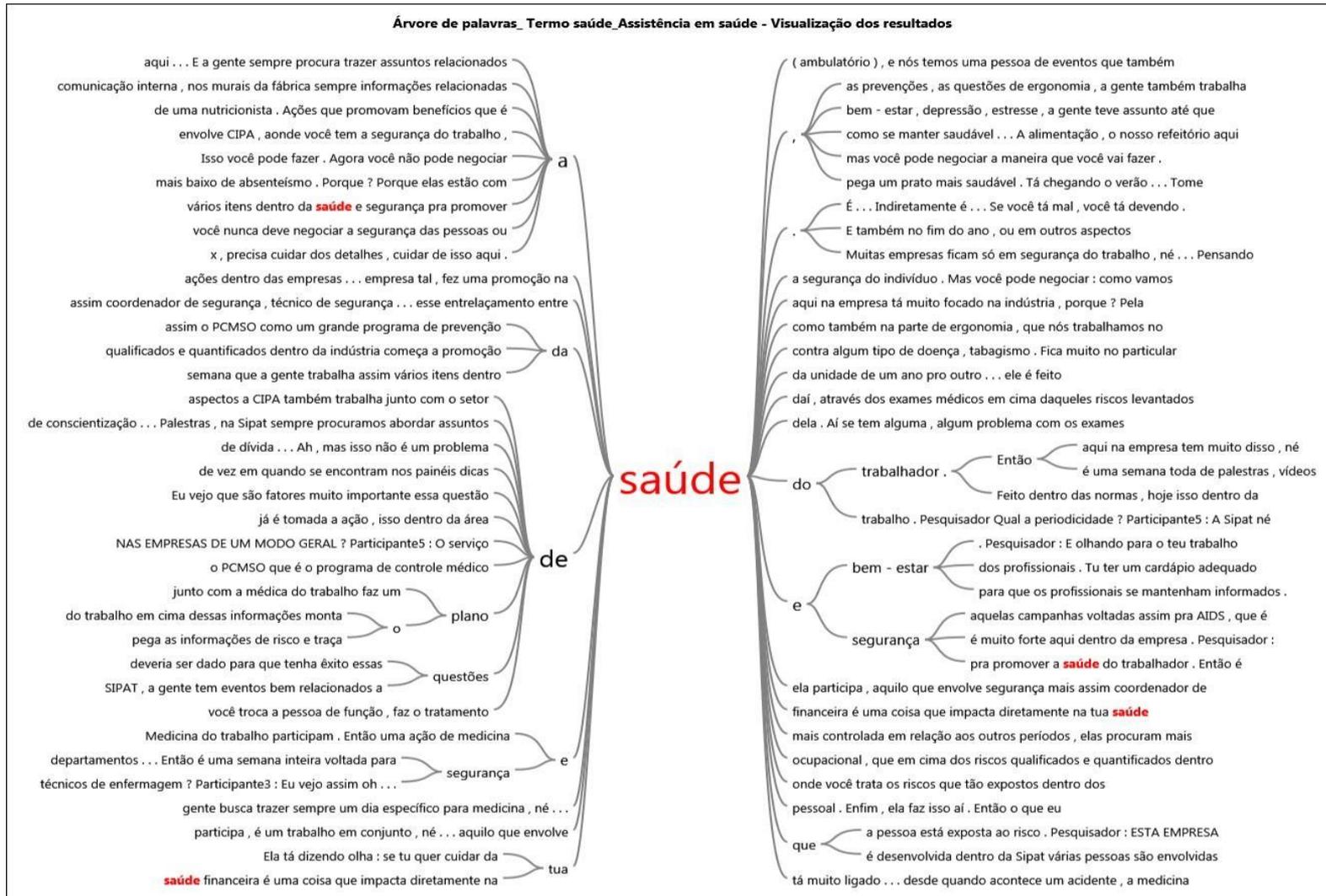
Como dar visibilidade as ações de promoção da saúde? Será que a ação de promoção da saúde que participei teve visibilidade? E não estou falando de marketing e comunicação, mas de fazer sentido mesmo para o trabalhador.

Conforme Baggio e Erdmann (2010, p. 747) destacam:

Ações e atitudes de cuidado, quando rotineiras, não são percebidas; entretanto a ausência é vista como não cuidado. Assim, o cuidado antes invisível torna-se visível como não cuidado, quando não recebido, revelando os movimentos complexos, inquietantes, contraditórios, aparentemente, divergentes, mas inseparáveis nas relações humanas que concebem o cuidado e o não cuidado, condições ambíguas que alimentam o processo de viver humano.

No processo da promoção da saúde desenvolver ações de saúde é produzir cuidado que em nossa opinião é muitas vezes invisível, porém se não é feito é tido como falta de cuidado.

FIGURA 10 - ÁRVORE DE PALAVRAS 2



Fonte: elaborado a partir das codificações do NVivo

Na figura acima a árvore de palavras foi cruzada com as falas dos entrevistados da área de segurança do trabalho. Percebe-se a quantidade de frases obtidas pelo NVivo. Na verdade, a quantidade de frases e colocações estão bem maiores que os profissionais de assistência em saúde.

A área de segurança no trabalho, embora voltada para um olhar mais preventivo se ocupa também da saúde, pois conforme pudemos observar no estudo apresentado, a saúde se compõe de uma complexidade de características que engloba a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Acreditamos que fazer saúde no contexto da indústria não é tarefa fácil. Tem muitos processos de um trabalho imaterial que são atravessados por normas, regras, procedimentos. A noção das especialidades ganha protagonismo e é necessário um esforço coletivo entre gestão e trabalhadores para que possa se romper com algumas barreiras e tornar o trabalho mais colaborativo.

Conforme a OMS (2010), o termo profissional de saúde é inclusivo, que se refere a todas as pessoas envolvidas em ações com o objetivo principal de promover saúde e de certa forma prevenir doenças. Nesse sentido, os profissionais da saúde e segurança estão envolvidos e fazem parte desta rede de colaboração interprofissional que buscam trabalhar no desafio de promover saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente dissertação objetivou conhecer o trabalho de promoção da saúde desenvolvido pela equipe de saúde do SESMT de uma indústria do ramo de plásticos do município de Esteio/RS. Para a concretização do objetivo geral e específico foram levantadas as seguintes questões de pesquisa através de entrevista semiestruturada e observação de uma ação de promoção da saúde: percepção sobre promoção da saúde em geral e na empresa pesquisada, as ações de promoção da saúde desenvolvidas (abarcando os temas propostos, o planejamento, a periodicidade), a relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real e, o impacto das ações de promoção da saúde no trabalho.

A partir dos dados levantados e analisados foi possível identificar alguns pontos interessantes. O primeiro deles é com relação a importância que a temática da promoção da saúde e prevenção de doenças tem para a equipe. Todos os entrevistados a partir de sua formação, tanto da área da saúde quanto da segurança do trabalho estão imbuídos de um sentimento de cuidado em saúde. Tem clareza da relação que se estabelece entre saúde, adoecimento e trabalho.

Outro ponto observado é com relação a construção das ações de promoção da saúde e o trabalho em equipe. A percepção sobre a temática não é a mesma para todos os profissionais. Isso fica evidente nas entrevistas quando referem visões diferentes sobre saúde, promoção da saúde, planejamento e a periodicidade com que desenvolvem as ações, o que de certa forma não percebemos como algo ruim ou deficitário. Pelo contrário, é algo muito potente que deveria ser mais explorado através de uma gestão mais participativa nos processos de planejamento, execução e avaliação. Conforme foi possível acompanhar durante a escrita desta pesquisa, o conceito de saúde é muito singular e tem uma representação diferente para cada pessoa. Além disso, a composição da saúde com o trabalho desenvolvido tem compreensões diferentes para os trabalhadores: para uns é o tensionamento que ocorre entre empresa, gestão e assistência. Para outros é a gestão dos riscos, já para outros é o atendimento assistencial e pontual. Para outros é volume na agenda e atendimentos sequenciais.

Importante frisar que a prática de saúde proposta no cotidiano de trabalho da equipe pesquisada ainda se concretiza inspirada no modelo de medicina do trabalho, na

saúde ocupacional que tem em suas origens um olhar mais prescritivo e preventivo.

Enfim, todas essas percepções são importantes, para refletirmos sobre as respostas necessárias para dar conta de tamanha complexidade.

Esses aspectos demonstram o quão desafiador é essa relação da saúde com o “mundo do trabalho”, visto que não está somente na esfera da fábrica ou da produção, mas transversaliza com os conceitos e “modos de viver” que são determinados historicamente e socialmente.

Os entrevistados também referem que os impactos das ações de promoção da saúde na vida das pessoas são positivos, embora alguns sinalizem que tudo irá depender da forma como é desenvolvida a ação, ou seja, mais prescritiva, orientativa ou participativa. Assim, percebemos o quanto que os processos de saúde e de adoecimento na sua relação com o cuidado estão no âmbito de um trabalho vivo em ato, ou seja, é relacional requerendo do profissional tecnologia das mais diversas para desenvolver um bom trabalho. Além disso, promover saúde no âmbito da indústria requer um olhar para além do prescritivo, dos dados epidemiológicos e das normas e leis que regem os processos neste campo, pois saúde não é visível. Estamos falando de um trabalho neste campo que é imaterial. São necessários também outros recursos para dar conta destes processos. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde conheçam as relações entre saúde e trabalho incorporando este conhecimento em sua prática cotidiana.

Por fim, entendemos a necessidade de buscar integralidade nas práticas de saúde, o que é algo praticamente obrigatório no que diz respeito a saúde do trabalhador, uma atuação mais transdisciplinar, pois somente o “setor saúde” não dá conta de abarcar os problemas de saúde dos trabalhadores, além de incluir os trabalhadores enquanto sujeitos das práticas em saúde.

Apontamos também, alguns limites que este estudo apresentou como, por exemplo, a aplicação das entrevistas em apenas uma parte da equipe, bem como o tempo para a realização desta no dia da visita. Outra limitação, na nossa percepção, foi a primeira observação feita, que na ocasião não foi possível um conhecimento por completo de todas as fábricas e um tempo maior de visitação.

Outro ponto e último foi a observação de apenas uma ação de promoção da saúde. De igual forma, acreditamos que as limitações apresentadas não tenham

comprometido o estudo, visto que no nosso entendimento, os objetivos gerais e específicos foram cumpridos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA EUROPÉIA PARA SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO. FACTS: 93 PT. Espanha, 2010. Disponível em <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheet-93-workplace-health-promotion-employers>. Acesso em 05 Fev. 2020.

ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho**. Editora Brasiliense S.A. 3ª Edição: São Paulo/SP, 1998.

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. **A Associação Brasileira de Medicina do Trabalho: locus do processo de constituição da especialidade medicina do trabalho no Brasil na década de 1940**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 869-877. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Jan. 2020.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. **(In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 23, n. 6, p. 745-750, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Dez. 2019.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

BATISTELLA, Carlos. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 51-86. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204>. Acesso em 10 Out. 2019.

BIANCO, Mônica de Fátima; HOLZ, Edvalter Becker. **Ergologia: uma abordagem possível para os estudos organizacionais sobre o trabalho**. Cad. EBAPE.BR, v.12, Ed. Especial, artigo 6, Rio de Janeiro, 2013.

BRASIL, Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 4 – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. Publicação Portaria Mtb nº 3.214, de 09 de Julho de 1978. Disponível em: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-04.pdf. Acesso em 13 Set. 2020.

_____, Ministério da Saúde do Brasil. **Organização Pan-americana de Saúde/Brasil. Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Brasília/DF. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n 114, 2001.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Direito Sanitário e saúde pública** – Coletânea de textos. v.1, Brasília, DF, 2003.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2003.

_____, Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3º ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____, Ministério da Saúde do Brasil. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____, Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Cadernos de Atenção Básica, nº 41. Brasília-DF, 2018.

BRITO, Jussara. **Saúde: uma relação com o meio e os modos de vida**. Laboreal, Porto, v. 13, n. 1, p. 100-103, jul. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-52372017000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 set. 2020.

BUSS, Paulo, Marchiori. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: Czeresnia D, Freitas CM (org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.15-38, 2003.

CAMARGO, Míria Elizabete Bairros. **Segurança do trabalho e saúde ocupacional**. Ed. Ulbra, Canoas/ RS, 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde**. In: **Agir em Saúde: um desafio para o público**. Orgs. Emerson E. Merhy & Rosana Onocko. Editora Hucitec, 2007.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Ed. Forense Universitária. 6º Ed: Rio de Janeiro/ RJ, 2009.

CANGUILHEM, Georges. **O conhecimento da vida**. Trad. Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CECCIM, Ricardo Burg. **Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania.** Revista de estudos universitários, Sorocaba/SP. V.33, n.1, p. 29-48 (007). Disponível em:

<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/reu/article/view/664/661>. Acesso em 12 Nov. 2019.

CZERESNIA, Dina. **O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção.** In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Cadernos de Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p.39-53, 2003.

DEJOURS, Christophe. **Por um novo conceito de saúde.** Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 14 (54), 1986.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. **Políticas** In: Diálogos. Ed: Escuta Ltda. São Paulo, 1998.

DIAS, Darlan Neves Silva; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro. **Qual a relação entre saúde e doença?** Rev. NUFEN, vol. 5, nº2. São Paulo, 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912013000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 Set. 2019.

DURRIVE, Louis. **A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz.** Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v.9, supl. 1, p. 47-67, 2011.

ESTEIO. In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2020. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Esteio&oldid=58099270>>. Acesso em: 09 abr. 2020.

FACCHINI, Luís Augusto. **Isto é trabalho de gente?** Ed. Vozes, Petrópolis, Lys Esther Rocha, Raquel Maria Rigotto, José Tarcísio Penteadó Buschinelli, Organizadores, 1994.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa.** 4º Edição. Editora Positivo, 2010.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FOUCAULT, Michael. **A Microfísica do Poder.** 2º Edição: Ed. Paz e Terra, 1979.

FRIAS JÚNIOR, Carlos Alberto da Silva. **A Saúde do Trabalhador no Maranhão: Uma visão atual e proposta de atuação.** Ministério da Saúde. Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1999.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed., São Paulo: Atlas, 2008.

GUATTARI, Felix; ROLNIK, S. **Cartografias do desejo**. 6º Ed. Editora Vozes. Petrópolis/RS, 1986.

HEIDMANN, Ivonete T. S. Buss; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; BOEHS, Astrid Eggert; WOSNY, Antônio de Miranda; MONTICELI, Marisa. **Promoção à Saúde: trajetória histórica de suas concepções**. Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2006, Abr-Jun; 15(2):352-8.

KASTRUPP, Virgínia. **A Rede: uma figura empírica da ontologia do presente**. In: Fonseca, T. M.; Kiest. P. G. (Orgs.) *Cartografia e devires: a construção do presente*. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2003.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4):757-766, 2007.

LAZZARATO, Maurício; NEGRI, Antônio. **Trabalho Imaterial: formas de vida e produção de subjetividade**. Editora DPA, 2001.

MAEYAMA, Marcos Aurélio; JASPER, Cláudia Helena; NILSON, Luana Gabriele; DOLNY, Luise Ludke; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **Promoção da saúde como tecnologia para transformação social**. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, v. 2, n. 2, p. 129-143, 2015.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], V. 21, n. 6, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016>>. ISSN 1678-4561. Acesso em 10 Out. 2019.

MARX, Karl. **O Capital**. 2º Edição: Ed. Boitempo, 2013.

MENDES, Rene; WAISSMANN, William. **Aspectos históricos da patologia do trabalho**. In: **Patologia do trabalho: atualizada e ampliada**. 2º ed. Vol.1 São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

MENDES, Rosilda; FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros e SACARDO, Daniele Pompei. **Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações**. *Saúde em Debate* [online]. 2016, v. 40, n. 108, pp. 190-203. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080016>>. ISSN 2358-2898. Acesso em 10 Mar. 2020.

MENDONÇA, Glauce de Souza; CORDEIRO JÚNIOR, Veber de Andrade; SILVA, Sandro Lucas; VERCILLO, Luciane Alves; MARINS, Ronaldo Barbosa. **Evolução histórica da saúde ocupacional**. *Ciência Atual. Revista Científica Multidisciplinar das Faculdades São José*. Vol. 11, nº 1. P. 02-16, 2018.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. In: Merhy E. E. & Onocko, R. (Orgs.). *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. *In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Dicionário da Educação e Trabalho em Saúde***. Rio de Janeiro: EPSJV, p 276 – 82, 2006.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. *In: Pereira, I. B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde***. 2º Ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l43.pdf>. Acesso em: 14 Abr. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva***, 17(3): 621-626, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a07.pdf>. Acessado em 08 Jan. 2020.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sônia Maria da Fonseca. **A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública***, Rio de Janeiro, RJ, 13(Supl. 2), 21-32, 1997.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO (2020). **Normas Regulamentadoras 07**. Disponível em: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-04.pdf. Acesso em 09 Abr. 2020.

_____. **Normas Regulamentadoras 04**. Disponível em: https://enit.trabalho.gov.br/portal/images/Arquivos_SST/SST_NR/NR-07.pdf. Acessado em 09 Abr. 2020.

MONTEIRO, Fabiana Ribeiro; FURTADO, Odair. **A (in) estabilidade dos usos do corpo: sobre as práticas de prevenção em saúde e segurança do trabalho no contexto de uma companhia geradora de energia elétrica no nordeste brasileiro. *Psic. Rev. São Paulo***, volume 26, n.1, 169-186, 2017.

NEVES, Diana Rebello.; NASCIMENTO, Rejane Prevot; FELIX JÚNIOR, Mauro Sérgio; SILVA, Fabiano Arruda; ANDRADE, Rui Otávio Bernardes. **Sentido e significado do trabalho: uma análise dos artigos publicados em periódicos associados à Scientific Periodicals Electronic Library. *Cad. EBAPE.BR***, v. 16, nº 2, Rio de Janeiro, Abr./Jun, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512018000200318&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Out. 2019.

NOGUEIRA, Diogo Pupo. **Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. *Rev. Saúde Publ.***, São Paulo, 18: 495-509, 1984. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v18n6/09.pdf>. Acesso em 23 Abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**, 2010. Disponível em: https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20. Acessado em: 09 Abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde, 1986. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em 10 Mai. 2020.

PEDUZZI, Marina; NORMANN, Ian James; GERMANI, Ana Cláudia Camargo Gonçalves; SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino; SOUZA, Geisa Colebrusco. **Educação Interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários**. Rev. Esc. Enferm. USP. 47(4): 977-83, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>. Acesso em 10 Mai. 2020.

PEREIRA, Anna Carolinna Eduardo; MENDES, Davidson Passos; MORAES, Geraldo Fabiano de Souza. **Do prescrito ao real: a imprevisibilidade e a importância do trabalho coletivo em um centro de usinagem de uma empresa metal-mecânica do interior do Estado de Minas Gerais**. Laboreal, Porto, v. 13, n. 1, p. 24-38, jul. 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-52372017000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 Abr. 2020.

PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo, PENTEADO, Regina Zanella, MARCELO, Vânia Cristina. **Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável**. O mundo da saúde, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

ROLOFF, Daniela Inês Thier; MELLO, Marlise Capa Verde Almeida; BONOW, Clarice Alves; CEZAR-VAZ, Marta Regina. **Ações promocionais à saúde do trabalhador em empresas: contribuição interdisciplinar**. Cogitare enferm. 24: e 61042, 2016.

RUIZ, Valéria Salek; ARAUJO, André Luis Lima. **Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais**. Rev. bras. saúde ocup. São Paulo, v. 37, n. 125, p. 170-180, jun, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572012000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 16 Nov. 2019.

SCHWARTZ, Yves. **Trabalho e valor**. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, São Paulo, 1996.

SCHWARTZ, Yves. **Trabalho e saber**. Trabalho & Educação – vol. 12, nº1 – Jan/Jun, 2003.

SCHWARTZ, Yves. **Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial**. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-55, Mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462004000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Dez. 2020.

SCHWARTZ, Yves. **Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial**. Revista Trabalho, Educação & Saúde, Rio de Janeiro, 2(1), 33-35, 2004.

SCHWARTZ, Y. & DURRIVE, Louis. **Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana**. Niteroi: Ed. UFF, 2010.

SCHWARTZ, Yves. **Conceituando o Trabalho, o Visível e o Invisível**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v.9, supl.1, p.19-45, 2011.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1): 29-41, 2007.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto. **Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Interface. Comunicação, Saúde, Educ, v. 7, n12, p. 101-22, 2003.

SILVA, Jaqueline Araújo; SANTOS, Carolina Maria Mota. **A atividade de trabalho sob a perspectiva ergológica de Yves Schwartz**. XX SemeAD: Seminários em Administração, 2017. Disponível em: <http://login.semead.com.br/20semead/arquivos/143.pdf>. Acesso em 10 Jun. 2020.

STRAUSZA, Maria Cristiana; GUILAM, Maria Cristina Rodrigues; OLIVEIRA, Simone Santos. **A intervenção em saúde do trabalhador na perspectiva dos atores históricos do campo**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Vol. 44. São Paulo. ISSN: 2317-6369 (online), 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000015118>. Acesso em 03 Mar. 2020.

TAQUETTE, Stella R. **Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Investigación Cualitativa en Salud: V.2 (Atas CIAIQ 2016), 2016. Disponível em: <https://docplayer.com.br/43704442-Analise-de-dados-de-pesquisa-qualitativa-em-saude.html>. Acesso em 08 Jan. 2020.

TEDESCO, João Carlos. **Paradigmas do cotidiano: introdução à constituição de um campo de análise social**. Passo Fundo: Ed. Universidade de Passo Fundo. Santa Cruz do Sul: Ed: UNISC, 2003.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades**. Saude soc., São Paulo , v. 13, n. 1, p. 37-46, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Set. 2020.

TITTONI, Jaqueline. **Subjetividade e trabalho**. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

VINAGRE, Rayana Ferreira; CASTRO, Alexandre de Carvalho. **Análise da atividade de maçariqueiros num estaleiro do Brasil: Considerações sobre sua saúde do trabalhador numa perspectiva ergológica**. Trabajo y Sociedad, nº 28, 2017.

APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Concordância Institucional

Ao assinar este documento estou consentindo que o pesquisador Vinícius Silva da Silveira, orientado pela Prof^a. Dr^a. Jaqueline TITTONI, realize atividade de pesquisa nesta empresa situada no município de Esteio/RS sobre os temas de pesquisa: saúde e trabalho. O objetivo desse estudo é conhecer o trabalho de promoção da saúde desenvolvido pela equipe de saúde (SESMT) de uma indústria do ramo de plásticos do município de Esteio/RS. Para tanto, autorizo a participação do pesquisador em ações de promoção da saúde, bem como a aplicação de entrevistas.

Declaro ter recebido uma explicação clara e completa sobre as tarefas das quais os trabalhadores e trabalhadoras desta empresa farão parte, reconhecendo que:

1º Foram explicados a justificativa e o objetivo da presente pesquisa, que consiste na elaboração de Dissertação de Mestrado.

2º Foi explicado o procedimento que será utilizado, sendo que este prevê aplicação de uma entrevista semiestruturada e acompanhamento de alguma ação de promoção da saúde, portanto, a participação em atividades de trabalho com anotações em diário de pesquisa.

3º A entidade poderá interromper a realização da pesquisa quando desejar, pois trata-se de um convite de participação, sem qualquer caráter obrigatório.

4º A pesquisa está sendo organizada para não gerar nenhum tipo de desconforto ou constrangimento para os participantes, mas em caso de qualquer desconforto psicológico inesperado, como rememoração de fatos desagradáveis, ansiedade ou inibição diante de algum questionamento nas entrevistas, o pesquisador se compromete a prestar toda assistência necessária aos trabalhadores e trabalhadoras implicados(as). Em caso de permanência do desconforto o pesquisador se compromete a realizar o devido encaminhamento conforme necessidade, para pessoal ou entidade competente.

5º Tratando-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório descritivo, o estudo tem por possível benefício propiciar momentos de reflexão dos trabalhadores e

trabalhadoras a respeito de seu próprio trabalho, tendo como consequência indicativos de aprimoramento em suas próprias práticas.

6º Qualquer dúvida será esclarecida antes e durante o processo de pesquisa pelo pesquisador.

7º A empresa participará da pesquisa sem qualquer ônus financeiro e não receberá compensação financeira por sua participação.

8º Houve o esclarecimento de que os usos das informações obtidas pela ocasião da pesquisa estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Psicologia da UFRGS, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme as normas estabelecidas para a realização de pesquisa com seres humanos pelo Conselho Nacional de Saúde (1996) - Resolução no 196/96, sendo garantido o sigilo e a privacidade das identidades dos trabalhadores e trabalhadoras.

9º Os dados coletados por ocasião da presente pesquisa serão armazenados no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo período de cinco anos, após o qual serão eliminados.

10º A assinatura constante neste documento dará autorização aos pesquisadores para utilizar os dados obtidos por meio de entrevistas e observações, quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos dentro das prerrogativas de sigilo e preservação de identidade, inerentes à pesquisa científica.

11º Assino o presente documento em duas vias de igual teor, sendo que uma fica em minha posse e a outra permanecendo de posse dos pesquisadores.

A pesquisadora responsável por este projeto é a Prof^a. Dr^a. Jaqueline Tittoni. Para quaisquer esclarecimentos, o pesquisador Vinícius Silva da Silveira coloca-se à disposição através do e-mail: visilva.silveira@gmail.com

Porto Alegre, _____ de _____ de 2019.

Vinícius Silva da Silveira

Gestor(a) da área

Endereços para contato:

Pesquisador Vinícius Silva da Silveira

Endereço: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Santa Cecília, Porto Alegre/RS, CEP: 90035-003.

E-mail: visilva.silveira@gmail.com

Telefone: (51) 984292272

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Tittoni - orientadora

Endereço: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Santa Cecília, Porto Alegre/RS, CEP: 90035-003.

E-mail: jatittoni@gmail.com

Telefone: (51) 33085467

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/RS

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Santa Cecília - Porto Alegre/RS – CEP: 90040-060.

Fone: +55 (51) 33085698.

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br

Apêndice 2: Termo de Ciência e Autorização da Gestão

Eu _____, matrícula _____, gestor(a) do setor de _____, conheço e autorizo o Protocolo de Pesquisa intitulado “As ações de promoção de saúde no contexto da indústria: desafios e possibilidades na perspectiva do trabalho prescrito e do trabalho real”, tendo como Pesquisador(a) Responsável: Jaqueline Tittoni, e o pesquisador Vinícius Silva da Silveira pertencente à equipe de pesquisa.

Declaro estar ciente do projeto e autorizo a realização desta pesquisa.

Esteio, ___/___/___

Assinatura:

Apêndice 3: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre saúde e trabalho. Tal pesquisa encontra-se associada ao projeto de mestrado de Vinícius Silva da Silveira, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Jaqueline Titto. O objetivo do estudo é conhecer o trabalho de promoção da saúde desenvolvido pela equipe de saúde (SESMT) de uma indústria do ramo de plásticos do município de Esteio/RS.

1º Ao assinar o presente termo, declaro ter recebido uma explicação clara e completa sobre as tarefas de que participarei e me submeto às mesmas de livre e espontânea vontade.

2º Foram explicados a justificativa e os objetivos do estudo, sendo este identificar e descrever as ações de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe de saúde (SESMT) no que diz respeito aos temas propostos, a periodicidade das ações, como são planejadas e como impactam no trabalho da referida equipe, além de compreender qual a percepção dos profissionais com relação as ações de promoção da saúde, sob a justificativa de que o presente projeto se dá com base na alta relevância, nesse momento atual, da discussão sobre promoção de saúde na indústria, tendo em vista o aumento dos problemas relacionados a saúde mental, o aumento das doenças crônicas não transmissíveis e os fatores psicossociais de risco e proteção no contexto do trabalho.

3º Foi explicado o procedimento que será utilizado, sendo que participarei de uma entrevista, que será registrada em audiogravação e momentos de observação em ações de promoção da saúde onde o pesquisador coletará suas impressões e fará relatos anotados em diário de pesquisa.

4º Poderei interromper a realização das tarefas quando desejar, pois trata-se de um convite de participação, sem qualquer caráter obrigatório.

5º A pesquisa está sendo organizada para não gerar nenhum tipo de desconforto ou constrangimento para os participantes, mas em caso de qualquer desconforto psicológico inesperado, como rememoração de fatos desagradáveis, ansiedade ou

inibição diante de algum questionamento nas entrevistas, da solicitação de participação em atividades da oficina e/ou diante do registro das atividades em áudio, o pesquisador se compromete a prestar toda assistência necessária. Em caso de permanência do desconforto o pesquisador se compromete a realizar o devido encaminhamento conforme necessidade, para pessoal ou entidade competente.

6º Se achar necessário, poderei recorrer ao pesquisador Vinícius Silva da Silveira, em qualquer momento, para retirada de dúvidas através do email visilva.silveira@gmail.com ou telefone (51) 984292272.

7º Tratando-se de uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório descritivo, a mesma ocorrerá nas dependências desta empresa, e a entrevista semiestruturada é um momento para reflexão dos trabalhadores e trabalhadoras a respeito de seu próprio trabalho e construção de alternativas para as práticas consideradas inadequadas ao cumprimento de sua função e objetivos.

8º Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme as normas estabelecidas para a realização de pesquisa com seres humanos pelo Conselho Nacional de Saúde - Resolução nº 466/2012, sendo garantido o sigilo e a privacidade de minha identidade se assim eu desejar.

9º Os dados por mim fornecidos serão armazenados no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo período de cinco anos, após o qual serão eliminados.

10º A minha assinatura neste documento dará autorização ao pesquisador para utilizar os dados obtidos para a divulgação acadêmica e científica de seus resultados, quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos dentro das prerrogativas de sigilo e preservação de identidade, inerentes à pesquisa científica.

11º Estou ciente de que minha participação na pesquisa ocorrerá na própria empresa onde trabalho regularmente, em horário em que eu esteja disponível para participar das atividades relacionadas a esta pesquisa. Não terei nenhuma despesa advinda da participação na pesquisa e caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa

venha a ocorrer, esta será coberta com recursos das despesas previstas no projeto. No caso de algum eventual dano material ou imaterial decorrente da pesquisa poderei solicitar a indenização conforme a legislação vigente.

12º A pesquisa não implica nenhuma compensação financeira pela participação.

13º Assino o presente documento em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse. Todas as páginas do presente termo serão por mim rubricadas.

A pesquisadora responsável por este projeto é a Profª Dra. Jaqueline Tittoni. Para quaisquer esclarecimentos, o pesquisador Vinícius Silva da Silveira coloca-se à disposição pelo e-mail: visilva.silveira@gmail.com.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2019.

Vinícius Silva da Silveira

Participante

Endereços para contato:**Pesquisador Vinícius Silva da Silveira**

Endereço: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Santa Cecília, Porto Alegre/RS, CEP: 90035-003.

E-mail: visilva.silveira@gmail.com

Telefone: (51) 984292272

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Tittoni - orientadora

Endereço: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Santa Cecília, Porto Alegre/RS, CEP: 90035-003.

E-mail: jatittoni@gmail.com

Telefone: (51) 33085467

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos/RS

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Santa Cecília - Porto Alegre/RS – CEP: 90040-060.

Fone: +55 (51) 33085698.

E-mail: etica@propesq.ufrgs.br