

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia

**O PERCURSO DOS TRABALHADORES AFASTADOS DAS
FÁBRICAS EM DECORRÊNCIA DE ADOECIMENTO PSÍQUICO:**

**Caminhos e descaminhos dos trabalhadores do setor automotivo em Betim -
MG**

Maria Regina Greggio

Belo Horizonte

2009

Maria Regina Greggio

**O PERCURSO DOS TRABALHADORES AFASTADOS DAS
FÁBRICAS EM DECORRÊNCIA DE ADOECIMENTO PSÍQUICO:**

**Caminhos e descaminhos dos trabalhadores do setor automotivo em Betim -
MG**

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação da Pontifícia Universidade
Católica de Minas Gerais, como requisito
parcial à obtenção do título de mestre em
Psicologia.

Área de Concentração: Processos de
Subjetivação

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais

Orientador: José Newton Garcia de Araújo

Belo Horizonte

2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

G819p

Greggio, Maria Regina

O percurso dos trabalhadores afastados das fábricas em decorrência de adoecimento psíquico: caminhos e descaminhos dos trabalhadores do setor automotivo em Betim - MG / Maria Regina Greggio. Belo Horizonte, 2009. 111f.

Orientador: José Newton Garcia de Araújo

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Saúde ocupacional. 2. Saúde e trabalho. 3. Saúde mental. 4. Práticas de saúde pública. 5. Trabalhadores – Aspectos sociais. 6. Licença médica. 7. Indústria automobilística – Betim (MG). I. Araújo, José Newton Garcia de. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 613.6:331.054

Maria Regina Greggio

O percurso dos trabalhadores afastados das fábricas em decorrência de adoecimento psíquico: caminhos e descaminhos dos trabalhadores do setor automotivo em Betim - MG

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais,
Belo Horizonte, 2009.

José Newton Garcia Araújo (Orientador) – PUC Minas

Andréa Maria da Silveira – UFMG

João Leite Ferreira Neto – PUC Minas

Aos meus pais; ao Ed e a Thalita,
por tudo.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor José Newton Garcia de Araújo, que me acompanhou em todas as etapas deste trabalho, acreditando na minha capacidade de realizá-lo e me dando as condições para a sua concretização.

À todos os amigos e familiares que me apoiaram e estiveram junto a mim, mesmo nas minhas repetidas ausências, me incentivando, das mais diversas maneiras.

À todos os profissionais de saúde que compartilharam seu tempo comigo, me auxiliando na compreensão do tema por mim escolhido.

Principalmente, a todos os trabalhadores e suas esposas que compartilharam comigo suas experiências e frustrações; que em entrevistas emocionadas se dispuseram a me contar seu percurso, relatar suas experiências e sofrimentos vivenciados.

O meu muito obrigado a todos vocês, sem os quais este trabalho não seria possível.

No meio do caminho tinha uma pedra
tinha uma pedra no meio do caminho
tinha uma pedra

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo conhecer a trajetória dos trabalhadores do setor automotivo em Betim, após o início do adoecimento psíquico. A pesquisa compreendeu duas etapas: documental e de campo. Foram investigadas as legislações sobre saúde do trabalhador e como as políticas dessa área atendem as necessidades de promoção, atenção e reabilitação dos trabalhadores. A pesquisa de campo foi realizada com dois grupos: o primeiro formado por entidades que participam do atendimento dos trabalhadores no município de Betim; o segundo composto por metalúrgicos afastados das fábricas do setor automotivo, em Betim, em decorrência do adoecimento psíquico. As falas dos participantes foram analisadas através da análise de conteúdo. Como propõe esta pesquisa, a última análise se deu a partir do cruzamento do discurso dos trabalhadores, das entidades e da legislação estudada. Os resultados encontrados apontam a necessidade de reorganização dos serviços de Referência em Saúde do Trabalhador e da inserção da Saúde Mental nessa discussão. O conflito de interesses inerente ao mundo do trabalho, aliado à incapacidade técnica dos profissionais e entidades de saúde, em atender os trabalhadores que adoecem mentalmente, se traduz na situação de abandono social que se encontram os sujeitos pesquisados. Explicitar parte dessa realidade é o objetivo deste trabalho, com o intuito de contribuir na busca da superação das dificuldades vividas durante a implementação das políticas públicas de saúde do trabalhador.

Palavras-chaves: Saúde do trabalhador; saúde mental e trabalho; adoecimento psíquico; saúde pública.

ABSTRACT

This dissertation aims to investigate the trajectory of the automobile sector workers of Betim, after the beginning of their mental illness. In this research, based on psychological and psychosociological work current theories, we studied the legislation concerning the worker's health and the ways in which the policies in this area take care (or not) of the necessities of promotion, attention and rehabilitation of the workers. The field of research was conducted with two groups: the first one was formed by entities participating to the workers care in the city of Betim, the second was composed of metallurgical workers who have been removed from the automotive sector, also in Betim, due to mental illness. The content of the interviews were analyzed on the basis of analysis of content. There was also a confrontation between the speeches of workers and entities representants, crossing them with the texts of the legislation on occupational health. The results suggest the need for reorganization of the services of Reference in Occupational Health and inclusion of mental health in this discussion. The conflict of interests, inherent to the working world, combined with the technical incapacity of the professionals and technical bodies of health workers to take care of the mentally ill, results in the situation of social abandonment they find themselves in. Explaining part of this reality is the aim of this work, contributing to the discussion and possible solutions of problems concerning the implementation of public health policies to the workers.

Key words: Worker's health, mental health and work, mental illness; public health.

LISTA DE SIGLAS

CAP's: Centros de Atenção Psicossocial
CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho
CCQ: Círculo de Controle de Qualidade
CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFP: Conselho Federal de Psicologia
CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – décima edição
CISL: Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori
CLT: Consolidação das Leis do Trabalho
CNS: Conferência Nacional de Saúde
CNST: Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador
CRM: Conselho Regional de Medicina
CRP: Conselho Regional de Psicologia
CUT: Central Única dos Trabalhadores
DORT: Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho
DRT: Delegacia Regional do Trabalho
EPI: Equipamento de Proteção Individual
FIASA: Fiat Automóveis S.A.
FIAT: Fábrica Italiana de Automóveis Turim
HC: Hospital das Clínicas
INDI: Instituto Nacional de Desenvolvimento Internacional
INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social
IPI: Imposto sobre Produtos Industrializados
LER: Lesão por Esforço Repetitivo
LOS: Lei Orgânica da Saúde
NOST: Norma Operacional de Saúde do Trabalhador
NTO's: Novas Tecnologias Organizacionais
OCT: Organização Científica do Trabalho
OMS: Organização Mundial da Saúde
PNSST: Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador
PSF: Programa de Saúde da Família

PT: Partido dos Trabalhadores

PUC: Pontifícia Universidade Católica

RENAST: Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador

SAIT: Serviço de Atendimento Integral aos Trabalhadores – PUC Minas Betim

SESMT: Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho

SUS: Sistema Único de Saúde

UFMG: Universidade Federal de Minas Gerais

USP: Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 CAMINHOS E DESCAMINHOS DE UM TRABALHADOR.....	20
2.1 O início de uma nova vida	20
2.2 O sofrimento se manifesta primeiro no corpo.....	21
2.3 Os vários discursos do saber médico.....	23
2.4 Não é só o corpo que grita.....	24
2.5 As novas tecnologias e as doenças mentais.....	28
2.6 Ninguém sabe o que fazer com esse trabalhador	30
2.7 Enfim, a empresa encontra uma solução.....	32
2.8 Qual a parte que te cabe, trabalhador?.....	33
3 A SAÚDE DO TRABALHADOR E SUA INSERÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA.....	36
3.1 Medicina social urbana.....	36
3.2 A teoria bacteriológica e a saúde do trabalhador no Brasil.....	38
3.3 A ciência do comportamento e o trabalho.....	38
3.4 A saúde do trabalhador e a Reforma Sanitária.....	42
3.5 Saúde para todos os trabalhadores, inclusive saúde mental.....	44
4 HISTÓRIA DO MOVIMENTO PELA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	48
4.1 Uma história de resistência.....	48
4.2 A centralidade do trabalho.....	49
4.3 A mudança na representação do trabalho.....	50
4.4 A luta em defesa da saúde.....	52
4.5 As doenças mentais relacionadas ao trabalho.....	53
5 A INDÚSTRIA AUTOMOTIVA NO BRASIL.....	56
5.1 A formação da classe operária brasileira e a industrialização	56
5.2 As novas tecnologias organizacionais e o adoecimento mental.....	62
6 PESQUISA DE CAMPO.....	66
6.1 Análise preliminar das entrevistas.....	67
6.1.1 O discurso legal.....	67
6.1.2 O discurso institucional.....	69
6.2 Análise categorial	77

6.2.1 As entidades e instituições.....	78
6.2.2 Os trabalhadores do setor automotivo afastado da fábrica devido ao adoecimento psíquico.....	79
6.2.3 O cruzamento dos discursos.....	82
7 CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS.....	107

1 INTRODUÇÃO

Os estudos realizados no campo da Saúde Mental & Trabalho têm demonstrado que o adoecimento psíquico, decorrente de situações de trabalho, pode impedir o trabalhador de continuar desempenhando sua atividade laboral, sendo, muitas vezes, excluído do mercado de trabalho. As políticas públicas têm se voltado lentamente para essa questão, faltando, entretanto, pesquisas que as orientem. Se faltam dados relativos aos trabalhadores empregados, percebe-se que, praticamente, inexistem dados referentes aos trabalhadores, após o afastamento da empresa.

Através de instrumentos teóricos oferecidos pela Psicossociologia e pela Psicologia do Trabalho, essa pesquisa tem como intuito investigar a situação do sujeito afastado das principais empresas do setor automotivo de Betim, devido ao adoecimento psíquico. A pergunta que norteará este estudo é a seguinte: qual a trajetória percorrida por este trabalhador, após ficar impossibilitado de desempenhar suas funções laborais, e como a Saúde do Trabalhador vem intervindo nesse processo?

Essa discussão parte de uma concepção de homem biopsicossocial, portanto histórica. Na perspectiva de Codo (2002), para se entender o papel do trabalho como fator de adoecimento, é preciso percebê-lo como determinante na formação da identidade, tanto coletiva, quanto individual. É preciso reconhecer, também, a inseparabilidade entre os processos subjetivos e o campo social, reconhecendo as multideterminações do processo saúde-doença. Neste ponto, serão abordadas as dificuldades encontradas por esses trabalhadores, na comprovação do nexo causal entre o adoecimento psíquico e a atividade profissional. Essa é uma discussão polêmica e atual que, ancorada em posturas ideológicas definidas, mas nem sempre explicitadas, produz interpretações também conflitantes do adoecimento, desembocando em formulações teóricas e metodológicas distintas, no campo da psicologia. Isso se deve, evidentemente, ao fato de que tais interpretações, relativas ao processo de adoecimento do trabalhador, refletem o insuperável conflito entre capital e trabalho, o que pode ser percebido tanto nas micro como nas macro políticas que envolvem a saúde do trabalhador .

A partir dos anos 70, os sistemas de produção passam por novos processos de transformação, decorrentes do avanço tecnológico e da globalização. Nos anos 90, essas mudanças alteraram as relações de trabalho nas fábricas brasileiras, de forma radical, interferindo na vida e no comportamento das pessoas, como um todo. As formas emergentes de gestão, baseadas em diversas experiências que buscam substituir o taylorismo/fordismo, são implementadas através das Novas Tecnologias Organizacionais (NTOs), sendo a mais importante delas o “modelo japonês”. Com o intuito de tornar os produtos competitivos no mercado internacional, o que exige cada vez mais qualidade, as novas políticas de gestão do trabalho são introduzidas nas fábricas brasileiras:

essa nova racionalidade está baseada num movimento de integração e informatização dos sistemas de produção e tem conseqüências para as formas de trabalho (...) Não são mais as intervenções manuais que estão no centro da produção, e sim, as atividades de regulação da máquina, trazendo como conseqüência uma mudança no cálculo de produtividade, não mais baseada nos gestos operários. Agora, o controle do rendimento do trabalho passa a ser efetuado mediante o controle da produtividade das máquinas. (ZARIFIAN, P., apud NEVES, 1993, p. 271).

De modo geral, os limites das novas tecnologias, sustentadas por seu aparentemente novo discurso, apontam também para os limites do capitalismo, em que o conflito estrutural entre o capital e o trabalho impede mudanças efetivas nas relações e organização do trabalho:

a gestão japonesa continua a projetar postos de trabalho de ciclo curto e a fragmentar a mão-de-obra e as tarefas segundo concepções de trabalho padronizado (...) o “modelo japonês” supera algumas fragilidades do fordismo, mas não vira pelo avesso os dogmas da produção em massa”. (WOOD apud OLIVEIRA 1996, p.44)

Pensando o trabalho em sua concepção trans-histórica, presente em todos os modos de produção, em qualquer tempo e lugar, pode-se entendê-lo como inerente à condição humana, como uma categoria central na autoconstrução e reconstrução do homem. Entretanto, o modo de produção capitalista, caracterizado pela subordinação do trabalhador assalariado ao detentor dos meios de produção, gera relações sociais desiguais. Nesse sistema, o trabalhador passa a vender sua força de trabalho, conforme descrito por Marx (1985), tornando-se uma mercadoria para o capitalista. Chasin (1993), diz que, dessa forma, retira-se do trabalho sua dimensão

criativa e emancipadora, perdendo o trabalhador a sua vontade, pois o trabalho deixa de ser a objetivação da subjetividade de quem produz. Passa-se, então, da dimensão criativa ao poder destrutivo da atividade, devido às condições adversas em que o trabalho é gerido. Apesar disso, o trabalho não perde a sua importância para o homem, pois ele não se reduz à atividade alienada, no sentido marxiano do termo, e permanece como a base material sobre a qual é possível a construção de liberdade e de sociabilidade.

Ao alterar a organização do trabalho, novas patologias surgem ou aumentam, entre os trabalhadores. No Brasil, país de grandes contradições sociais, essas novas patologias coexistem com antigas formas de adoecer.

A coexistência destas várias formas de produção está refletida no perfil de morbi-mortalidade, em que antigas doenças profissionais, como a intoxicação por chumbo, mercúrio, silicose, e os altos índices de acidentes do trabalho coexistem com os novos tipos de adoecimento, comum destaque para a LER, cânceres e, também o sofrimento mental, exigindo um sobre-esforço de elaboração de políticas para o setor. (CORGOZINHO, 2000, p. 13).

Elaborar políticas para o setor torna-se um desafio maior do que em outras áreas da saúde pública, devido à sua complexidade. Isso demanda pesquisas que possam gerar mais conhecimentos para a implementação de políticas específicas, nessa área, e direcionar as ações de entidades que representam o interesse dos trabalhadores, ou daquelas que regulamentam os processos de trabalho. Com esse objetivo, esta pesquisa procura desvendar os caminhos e descaminhos por que passam os trabalhadores acometidos de adoecimento mental, depois de desligados das fábricas do setor automotivo, em Betim. Nesse setor, a adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais aliada à exigência de flexibilidade, na qual o trabalhador é compelido a se tornar polivalente, executando múltiplas tarefas, facilitou a intensificação das tarefas, traduzindo-se no aumento da carga física e psíquica de trabalho, o que aumentou ainda mais a tensão nervosa (LIMA, 2003). O processo de descentralização das decisões aumenta a responsabilidade do trabalhador, pois além de ter que produzir no tempo exigido, ele se torna responsável pela qualidade do produto fabricado.

De acordo com recente pesquisa, “Reestruturação produtiva, qualificação e trabalho: Um estudo de caso na empresa Fiat Automóveis S/A”, realizada no período de 1998 a 2003 (LIMA, 2003), ficou demonstrado que na FIAT Automóveis, principal

fábrica do setor automotivo na região, essas mudanças se traduzem, na prática, pela inclusão do banco de horas, redução do quadro de funcionários e terceirização dos serviços de logística, entre outras. Essas alterações nos processos de trabalho alteram também a forma de adoecer dos metalúrgicos do setor automotivo.

A psicologia clínica tem ficado frente a frente com as dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores. Percebe-se também, por parte do setor de recursos humanos das empresas, uma dificuldade em lidar com o sofrimento advindo das novas formas de organização do trabalho. Após ser encaminhado para o departamento médico, geralmente o trabalhador é medicado de forma prematura e seu adoecimento passa a ser tratado como um problema pessoal, desprezando-se as questões ligadas à organização e ao ambiente de trabalho. A partir desse momento, ele se torna mais pressionado, tanto interna como externamente, em seu meio familiar e social, pelo medo do desemprego. A demissão representa a sua exclusão do mundo do trabalho, mundo altamente seletivo, no qual não cabem os doentes.

Quando se torna impossível desempenhar suas atividades laborais, no ritmo exigido pela empresa, o trabalhador passa a buscar a confirmação de seu adoecimento pela Previdência Social. Quando afastado pelo INSS (Instituto Nacional de Seguridade social), dificilmente tem o nexo causal com o trabalho reconhecido. O afastamento se dá por doença comum, não se enquadrando na hipótese legal de Seguro Acidentário. Segue-se, então, uma peregrinação de licenças e retornos para o trabalho, até ele ser definitivamente aposentado por invalidez ou, como acontece na maioria das vezes, simplesmente demitido pela empresa. Após o afastamento da empresa, o trabalhador perde sua identidade profissional, o que se reflete como crise no conjunto de sua dinâmica identitária e de sua existência, como um todo. A perda da identidade de trabalhador e provedor, que o sustentava até aquele momento, vem acrescida de outras perdas: da renda mensal ou a diminuição desta; do direito à assistência médica e a todos os outros benefícios com os quais contava até então; da proteção da entidade sindical que o representava, entre outras. Essa situação gera uma piora na qualidade de vida do trabalhador e de sua família, restando-lhe, muitas vezes, buscar o lugar de doente, incapaz ou aposentado, por exemplo. Essa se torna a única forma de continuar existindo socialmente, já que a possibilidade de trabalho lhe foi tirada. É esse novo lugar de doente que lhe permite garantir o sustento da família, não perdendo totalmente um lugar de reconhecimento na sociedade. As dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores são as mais diversas:

a forma como são tratados pela empresa, a dificuldade em ser acolhidos pela rede de atendimento do Sistema de Saúde, os impasses sociais com os quais se deparam. A possibilidade de evitar o adoecimento dos trabalhadores dependeria, no entanto, de novos padrões da organização e das condições de trabalho, legalmente regulados e sancionados; de serviços e profissionais de saúde atentos aos agravos e doenças advindas do trabalho; de atores sociais que questionassem, de maneira coletiva, tanto as relações de trabalho injustas e degradantes, quanto o sistema de saúde e de previdência social vigentes em nosso país.

Este estudo busca explicitar uma faceta do contexto laboral, político e social em que vivemos, e pretende contribuir, na ótica da psicologia do trabalho, na discussão das políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador. Julgamos relevante repensar as práticas do psicólogo, junto ao trabalhador que adoece no trabalho e, igualmente, discutir o lugar ou não-lugar desse mesmo psicólogo, nas instituições. Isso tem implicações dentro e fora da academia ou aponta para um esforço conjunto entre a pesquisa acadêmica e as instituições que querem repensar a função social da Psicologia, no Brasil. As orientações do Conselho Federal de Psicologia, por exemplo, indicam a necessidade de se promover a discussão das políticas de saúde implantadas no país, produzindo propostas de intervenção, que contariam com a presença do psicólogo, juntamente com outros profissionais da área.

Esse trabalho foi organizado em três tópicos, divididos da seguinte maneira:

Capítulo II – Mostra a trajetória de um trabalhador, exemplificando a história de muitos outros trabalhadores, que entraram na empresa do setor automotivo, em busca de um futuro garantido para sua família. Esse caso demonstra que o processo de adoecimento tem uma história. Quando, ao final da pesquisa, forem apresentados os resultados das entrevistas com os trabalhadores e as dificuldades com as quais se depararam, após se apresentarem doentes, é importante que se entenda que, até a explicitação do adoecimento, houve um crescente sofrimento. Percebem-se, então, momentos de resistência do sujeito, de enfrentamentos internos, na empresa, e externos, na família, até finalmente não conseguir responder aos imperativos da organização.

Os capítulos seguintes buscam apresentar uma contextualização social e histórica do tema abordado: no capítulo III é abordada a saúde do trabalhador e sua inserção na saúde pública; no capítulo IV discorre-se sobre a história do movimento

pela saúde do trabalhador; no capítulo V é discutida a evolução da indústria automotiva no Brasil.

Após essa contextualização teórica do objeto aqui investigado, acrescida de uma pesquisa documental específica sobre a legislação que regulamenta o campo da saúde do trabalhador, os capítulos seguintes referem-se à investigação de campo e às análises realizadas a partir destas. O capítulo VI contém a apresentação, a avaliação dos dados coletados, a análise categorial e o cruzamento dos discursos; no capítulo VII elabora-se a conclusão do trabalho.

A metodologia utilizada, no tratamento dos dados, foi a técnica da análise de conteúdo (BARDIN, 1977), por melhor atender aos objetivos de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo e analítico, como esta. Os procedimentos compreenderam uma pesquisa de campo, em que foram realizadas entrevistas, com roteiro pré-definido, com representantes das entidades, e entrevistas focais abertas com os trabalhadores.

O cruzamento das falas desses dois grupos foi realizado após a análise, o tratamento e a interpretação de cada um deles, separadamente. Nesse cruzamento, a contraposição dos discursos evidencia a diversidade de interpretações sobre o aparecimento da doença mental, nas situações de trabalho, apesar do reconhecimento do seu aumento por parte de todos os entrevistados.

A partir dos resultados desta pesquisa, acreditamos poder contribuir, dentro dos limites que essa tarefa comporta, para a transformação da realidade que penaliza o trabalhador metalúrgico, no Brasil. Mesmo que este trabalho seja de natureza estritamente acadêmica, ele se inscreve num contexto de conflitos, diante do qual pesquisador se percebe politicamente e afetivamente implicado. Neste sentido, a implicação nesta pesquisa pode também ser vista como o engajamento em uma causa, ou seja, a causa da saúde do trabalhador. Apoiá-se aqui na premissa marxiana, segundo a qual é preciso interpretar para transformar. A história dos trabalhadores entrevistados, que reproduz a trajetória de milhares de outros, pode ter um final diferente da trajetória de Pedro, apresentada no início deste trabalho. Tornar essa possibilidade uma realidade envolve a participação de todos, entendendo que *“estamos falando aqui de um sofrimento coletivo – e como tal ele se caracteriza como um fenômeno eminentemente político – que só pode ser enfrentado também coletivamente, no bojo dos movimentos sociais organizados”*. (ARAÚJO, 2001 p. 147). Os profissionais e entidades entrevistados se mostram

todas afetadas, de alguma forma, por esta questão, entretanto se mostram, também, imobilizados frente aos desafios atuais enfrentados pelo movimento social organizado, tão importante para o controle social, premissa fundamental para a efetivação das políticas de saúde do trabalhador. Explicitar parte dessa realidade é o objetivo deste trabalho, com o intuito de contribuir na busca da superação das dificuldades vividas durante a implementação destas políticas.

2 CAMINHOS E DESCAMINHOS DE UM TRABALHADOR

2.1 O início de uma nova vida

O objetivo desta pesquisa é avaliar a trajetória de trabalhadores acometidos de sofrimento mental, após o afastamento da empresa. Torna-se importante conhecer como é essa trajetória até chegar ao afastamento. Sabemos que os caminhos são vários, mas algumas questões permanecem inalteradas em todos eles: as relações de poder, o lugar dos diversos profissionais de saúde e os recursos possíveis aos trabalhadores. O caso apresentado a seguir tem como objetivo: demonstrar como as dificuldades do trabalhador começam bem antes da doença mental, propriamente dita, se instalar; como se dá seu tortuoso caminho até o afastamento da empresa. Após tal afastamento, a discussão será feita a partir do resultado das entrevistas, conforme metodologia adotada.

O caso a ser estudado é um dos muitos recebidos na clínica e, sem dúvida, demonstrou características essenciais para que fosse escolhido. Outro motivo, que orientou essa escolha, foi a trajetória do trabalhador protagonista do caso - permeada por muitos elementos que compõem o percurso dos trabalhadores - após o início do adoecimento psíquico.

Esse trabalhador passa, nesse momento, a ser chamado de Pedro. Ele nasceu em uma cidade do interior de Minas Gerais, e passou sua infância, principalmente na área rural, onde começou a trabalhar com o pai, ainda criança. Naquela época, segundo seu relato, trabalho e brincadeira se confundiam. Ele vinha de uma família numerosa, pais e irmãos trabalhavam e descansavam juntos todos os dias. Pedro estudou até a quarta série e sua vida escolar decorreu sem problemas. Ele parou de estudar devido à distância entre a escola e sua casa, acrescida da necessidade de trabalhar para contribuir com o sustento da família.

Durante a adolescência e o início da idade adulta, Pedro teve como ocupação principal o trabalho na lavoura, mas trabalhou, também, em serraria, sempre junto do pai e dos irmãos. Aos 23 anos veio para a cidade de Betim, juntamente com toda a família, em busca de melhores condições de trabalho. No início, todos da família continuavam trabalhando juntos, até que Pedro, em 1993, recebeu uma carta de

indicação para trabalhar em uma grande empresa do setor automotivo, daquela cidade.

Desde o início, ele trabalhou em turnos de revezamento, alternando em dois ou três horários, dependendo da forma de organização da empresa. Admitido no setor de pintura, seu trabalho consistia em aplicar um produto chamado *Protetivo Ceroso* na carroceria dos veículos em fabricação. Nas partes externas da carroceria do automóvel, esse produto era aplicado com uma pistola rotativa, e nas partes internas se aplicava com uma mangueira que trazia na ponta um bico rotativo. O *Protetivo Ceroso* é um produto químico utilizado para proporcionar longo tempo de proteção contra corrosão e oxidação em peças metálicas e equipamentos, largamente utilizado em peças estocadas ao tempo e/ou destinadas à exportação, via marítima. Pedro nunca teve conhecimento da fórmula do produto com o qual trabalhava.

Pedro sempre se considerou uma pessoa saudável, não se lembrando de ter apresentado nenhum problema mais sério de saúde: *“Só tive bronquite quando era muito pequeno ainda, depois era forte, não tinha nada...”*.

Casou-se no mesmo ano em que foi admitido na empresa, diz que o relacionamento com a esposa foi bom desde o início, pois *“nós dois sempre nos entendemos muito bem”*.

2.2 O sofrimento se manifesta primeiro no corpo

Depois de mais ou menos três ou quatro anos de trabalho, passou a apresentar inflamação nas vias aéreas superiores. Diagnosticado como sinusite, o quadro se agravou gradativamente, apesar dos tratamentos aos quais o trabalhador fora submetido. Acompanhado pela médica do convênio da empresa, Pedro teve uma alergia diagnosticada, como efeito do produto químico com o qual trabalhava. A médica solicitou, então, sua transferência do setor de trabalho. Sem se afastar para o tratamento de saúde, foi colocado fora da linha de montagem por um curto período, porém, no mesmo ambiente e exposto ao mesmo produto. Retornou à linha de montagem poucos meses depois e, para continuar inibindo os sintomas decorrentes do efeito do produto em seu organismo, ele passou a fazer uso de

doses diárias de corticóides, sendo acompanhado por uma otorrinolaringologista do convênio médico da empresa.

Segundo estudos publicados em informativo da USP (Universidade de São Paulo):

Os corticosteróides de modo geral, e em particular, os glicocorticóides, constituem-se em um grupo de drogas muito usadas em medicina clínica, nem sempre, porém, com indicações precisas. Em virtude de seu amplo espectro de atividade e por serem os mais potentes antiinflamatórios existentes, encontram uso praticamente em todas as especialidades. No entanto, é justamente esse "amplo espectro" de atividade que os torna capazes de provocar efeitos colaterais, que não poupam praticamente nenhum tecido do organismo humano. (DAMIANI, SETIAN e DIGHTCHKENIAN, 1984, p. 160).

A médica lhe deu um relatório orientando o afastamento do seu setor de trabalho. *"A médica achava que eu devia mudar de setor, mas eu não podia exigir isso, porque tinha medo de ser mandado embora, eu tinha família... eu fui agüentando..."*.

O trabalho exigia o uso de equipamento de segurança: *"A gente ficava lambuzado daquilo e usava aguarrás para tirar, o mau cheiro era horrível"*. Os equipamentos de segurança sofreram várias mudanças, durante sua permanência no setor. Isso mostra que havia uma tentativa de adequar o equipamento às exigências de proteção, o que nos faz supor que, durante muito tempo, Pedro não se encontrava bem protegido. A legislação e a fiscalização obrigavam a empresa a se adequar, isso demonstra a insuficiência técnica do equipamento. O incômodo causado pelos equipamentos obrigava, muitas vezes, o trabalhador a ter que se livrar deles para cumprir a tarefa exigida:

Quando entrei a roupa era calça e camisa jeans. O produto pegava e vazava. Quando lavava com aguarrás ninguém agüentava a catina. A gente tinha que limpar os equipamentos antes de passar o serviço; a luva era a mesma usada para o serviço, antes de brim, depois de malha. Na hora da limpeza vazava aguarrás, a gente limpava e trabalhava ao mesmo tempo. Deram uma luva de borracha pra gente limpar, mas não dava tempo de ficar trocando de luva porque aí a gente ia pra "roia". Nesse tempo foram testados vários tipos, mas continuava a mesma. Depois passamos a usar o macacão descartável, eram dois por semana. Era um tecido encerado que tinha uns pequenos furos. Quando a gente pegava para trabalhar, dentro de duas ou três horas já estava todo respingado, se a estação estivesse desregulada então, sujava muito mesmo. Quando a gente ia trocar de roupa no vestiário, todo mundo ficava reclamando que o cheiro estava ruim, mandando a gente ir para outro lugar. Depois eles mudaram para um macacão de um pano tipo guarda-chuva. O produto pegava por fora,

secava, mas não vazava. Ele não transpirava, o suor vazava lá no pé. Trocava três vezes por semana, quando trocava já estava preto de sujo. Além desses equipamentos de segurança, o uso de máscara e touca impermeável era obrigatório.

Ele relata que o ambiente era muito quente e o uso dos Equipamentos de Proteção Individual - EPI's aumentava ainda mais o calor.

2.3 Os vários discursos do saber médico

Pedro passou a tomar doses altas e contínuas de corticóides, e isso se prolongou por vários anos. Naquele momento, ele fica no centro da discussão entre a otorrinolaringologista, que o atendia pelo convênio, e o médico do SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho). Ele transportava, de um lado, os relatórios e “recados” da médica dizendo que ele deveria mudar de função e, do outro, a resposta do médico do SESMT dizendo: *“não tem outro lugar para você na empresa”*.

Duas diferentes posturas médicas são, então, observadas, e refletem o conflito entre o discurso da ciência e o poder econômico, embora este seja também capaz de moldar o discurso médico.

A médica especialista avaliou que o adoecimento do trabalhador estava diretamente relacionado ao produto manipulado por ele, durante vários anos, e solicita seu remanejamento do setor. O médico do SESMT, entretanto, argumentou não ter outro lugar para ele na empresa, mantendo-o no mesmo setor, mesmo tendo clareza do que aquilo poderia significar para o trabalhador, a longo prazo. Deve-se então questionar o que é *não ter outro lugar* e porque um médico, sabendo dos efeitos desse produto no organismo daquele trabalhador, tanto imediato como a médio e longo prazo, o mantém no setor, mesmo tendo o aval da especialista que poderia respaldar a sua ação em afastar o trabalhador.

Percebe-se que o sofrimento, inicialmente físico, devido ao contato com o produto, se transforma em um sofrimento, também, psíquico. Este se instala devido a uma situação concreta na qual Pedro, mesmo sabendo de sua doença, se vê obrigado a permanecer em contato com a causa de seus males. Acrescenta-se aqui

a possibilidade da intoxicação como causa de adoecimento mental, pois vários sintomas apresentados posteriormente, podem ser correlacionados a esse fator de risco.

Sato e Bernardo (2005) referem-se ao aparecimento de patologias neuropsicológicas, decorrentes da exposição a produtos químicos, na situação laboral, como um dos principais problemas que ocorrem no campo da Saúde Mental e Trabalho. As autoras comentam que os efeitos neurotóxicos desses produtos *“podem provocar sintomas que são facilmente confundidos com problemas de saúde mental de origem psicodinâmica e, assim, tratados erroneamente”* (2005, p.874). Em outras palavras, atribui-se o adoecimento mental de trabalhadores a um problema “de personalidade”, alheio às condições de trabalho. Mas mesmo que os trabalhadores saibam que sua doença tem as causas no local de trabalho, não lhes resta outra opção senão a *“submissão consciente”* a tais condições inadequadas, o que se configura como *“um fator adicional de sofrimento psíquico”*. Como relata Sato (2005, p.873), freqüentemente os médicos das empresas ou dos convênios negam o nexos com o trabalho.

Uma pergunta óbvia nesse momento seria: “por que o trabalhador não pediu demissão?” A resposta do trabalhador a essa pergunta é a seguinte: *“dali dependia a minha sobrevivência e a da minha família e todo mundo pensava que não tinha empresa melhor para trabalhar e garantir o futuro das minhas filhas”*. O futuro das filhas está diretamente ligado ao seu próprio, por isso pode-se dizer que as políticas que envolvem os trabalhadores, não atingem somente a eles, mas interferem diretamente na vida de todos aqueles que dependem dele economicamente, principalmente os filhos.

2.4 Não é só o corpo que grita

Durante nove anos, Pedro trabalhou normalmente, ausentando-se somente em decorrência de um corte na mão, apesar do uso de corticóide, quase constante, nos últimos cinco anos. Sua esposa relata que, *“Ele era bem disposto, com um estado emocional controlado, não demonstrava sinal nenhum que parecia que ia*

adoecer... Chegava em casa, tinha ânimo pra fazer compra comigo, capinar um lote, sair...".

Vários fatores de risco estavam presentes desde o início, tanto na organização, quanto no ambiente: trabalho em turno de revezamento por muitos anos; grande número de horas-extras; pressão por responder à demanda por produção; contato com produto tóxico; uso prolongado de corticóide. A primeira queixa verificada era orgânica e relacionada à alergia pelo produto manipulado durante a jornada de trabalho. Posteriormente, associou-se a ela outra queixa relacionada à dificuldade de dormir. Esta poderia estar associada tanto ao trabalho em turno de revezamento, quanto à forma como o problema de saúde, ligado à alergia, foi tratado pela empresa, ou à soma dos dois. A contradição apresentada e sustentada pelo discurso médico se transformou em um conflito e em fonte potencial de sofrimento mental. O trabalhador tinha conhecimento de sua doença, em função das condições de trabalho, e não via nenhuma saída para isso, pois, no período trabalhado, até então, havia presenciado inúmeras demissões de colegas acometidos por alguma doença, o que faz com que se submeta passivamente à decisão da empresa. Além dos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, a organização do trabalho (trabalho em turno de revezamento) e as relações de poder instituídas na organização, o medo da doença associado ao medo do desemprego são fatores ansiógenos importantes.

Constata-se, nos estudos relacionados aos transtornos de sono, uma prevalência destes entre aqueles que realizam o trabalho noturno e em turno de revezamento. Fischer (2004), citando vários autores, diz que:

o sono é a principal queixa dos trabalhadores noturnos que têm de mudar suas horas e estratégias de sono de acordo com os períodos de trabalho; conseqüentemente, o tempo e a qualidade do sono podem variar consideravelmente entre os diferentes turnos em função das horas variáveis de descanso e despertar (FISCHER, 2004, p.80).

De acordo com os relatórios médicos, com a medicação prescrita, além do relato de Pedro e de sua família, sabe-se que os sintomas foram se agravando lentamente. Até aquele momento, ele não cogitou a hipótese de procurar tratamento médico ou psicológico para o sofrimento psíquico e as alterações cognitivas apresentadas: *"eu não sabia que estava ficando doente"*.

Pouco a pouco, além dos distúrbios de sono, ele começa a apresentar alterações gastrintestinais, outro sintoma amplamente estudado e associado ao trabalho em regime de turno:

Queixas freqüentes dos trabalhadores em turnos e noturno são transtornos de apetite, dificuldade de digestão, azia, dores abdominais, constipação, borborismo e flatulência (20-70%, comparados a 10-25% dos trabalhadores diurnos), que podem ainda desenvolver a longo prazo, doenças sérias como gastrite crônica, gastroduodenite, úlcera péptica e colite (FISCHER, 2004, p.80).

Os transtornos gastrintestinais também estão associados ao uso prolongado de corticóides. Para controlar os problemas estomacais, os médicos associam o uso de anti-histamínicos à medicação ministrada a ele.

Naquele período, com mais de nove anos de trabalho, Pedro passou a apresentar um déficit de sono importante, que poderia ser classificado como “Transtorno do Ciclo Vigília-Sono devido a Fatores Não-Orgânicos (CID-10 F51.2)”. Os sintomas apresentados passam a interferir na sua capacidade laborativa, tornando o desempenho das tarefas ainda mais árduo. Mas o medo do desemprego faz com que ele continue se esforçando para não diminuir sua produtividade: “*eu tinha que dar conta, senão a empresa punha outro em meu lugar*”.

A irritabilidade apareceu não só nas relações de trabalho, mas também em casa com as filhas. No trabalho, ele se tornou agressivo com os colegas, comportamento oposto ao que apresentava até então, pois sempre teve um temperamento tranqüilo e equilibrado. Em casa, passou a se irritar ao menor ruído e deixou, pouco a pouco, de acompanhar a família aos eventos sociais. Cole e colaboradores, citado por Fischer (2004, p.80), descreve que a desorganização do sono, “*em longo prazo, pode produzir transtornos severos e persistentes do próprio sono, fadiga crônica e síndrome psiconeuróticas (tais como ansiedade ou depressão crônica), que com freqüência podem exigir tratamento com agentes hipnóticos ou psicotrópicos*”. Pedro se culpava por seu comportamento, principalmente em relação às filhas, pois não suportava qualquer ruído em casa: “*o que as meninas fazem são coisas de criança, eu que fico nervoso*”. O sofrimento se transformava em doença sem que o trabalhador percebesse. Poucos dias antes de ter seu quadro definitivamente agravado, procurou um médico clínico, com queixas de “*nervoso e insônia*”. O atestado médico relata “*cefaléia, tonteira, insônia e gastrite*”, esta última

já diagnosticada anteriormente. Ao ser questionado sobre como se iniciou o adoecimento psíquico, Pedro faz o seguinte relato:

Eu comecei a ficar muito cansado, não conseguia dormir de jeito nenhum e fui ficando sem paciência também... irritado. Fui agüentando assim até o dia que eu tive a crise. Achei que estava sofrendo um infarto... Senti que estava apagando, minhas vistas escureceram e eu gelei o corpo todo, tremia todo... Falaram pra mim que meu problema era psicológico, eu comecei a tratar com a psiquiatra que me receitou um medicamento, eu melhorei, mas estava difícil demais trabalhar tomando o remédio, eu ficava lento, não conseguia fazer meu serviço direito, aí parei de tomar e tive outra crise. Fui a FEF¹ e me mandaram para o neurologista.

Pedro recebeu o primeiro afastamento, devido ao adoecimento mental. O atestado relatava “*perda de consciência e ataque de pânico*”. A medicação prescrita consistia de Fluoxetina, Alprazolam, e Ranitidina. Simultaneamente, ele continuou o tratamento à base de corticóides, cuja alergia teve seu diagnóstico evoluído para “*rinossinosopatia crônica*”, causada pelo contato com produtos usados no ambiente de trabalho. Curiosamente, encontramos em mementos terapêuticos², ou nas bulas destas medicações, a associação de ataques de pânico relacionados ao uso prolongado de corticóide, ou ao uso de anti-histamínico, fato que deve ser considerado aqui. Posteriormente, por solicitação de Pedro, que alegou se sentir sedado, a medicação psiquiátrica foi alterada por Stablon, Alprazolam e Dormonid. O médico do SESMT solicitou a diminuição da dosagem do medicamento, alegando que o efeito colateral dificultava o desempenho de suas funções, procedimento negado pelo psiquiatra. Mais uma vez, assistiu-se a uma divergência de opiniões e interesses entre o médico do convênio e o médico da empresa, colocando o trabalhador em uma posição passiva diante do discurso médico e do sistema autoritário da gestão. Naquele momento, ele começou a questionar o seu valor para a empresa, pois após tantos anos de dedicação, o reconhecimento era esperado. Esse desejo de reconhecimento era sustentado pelo discurso da empresa e pelos valores sociais introjetados por ele. As “crises de pânico” deixaram de acontecer, mas Pedro se sentia impossibilitado de acompanhar o ritmo de trabalho exigido, devido ao uso da medicação. Decidiu, então, abandonar o tratamento psiquiátrico, continuando somente com o tratamento para a alergia e problemas do estômago.

¹ Fundação dos Empregados da FIAT

² Mementos terapêuticos são pequenos manuais direcionados aos médicos, onde se descreve resumidamente um certo número de medicamentos com a posologia, indicação e contra-indicação, efeitos adversos e outras informações pertinentes a cada um.

Após alguns meses sem a medicação e continuando nas mesmas condições de trabalho, ele teve nova “crise de pânico” durante o turno de trabalho e foi novamente encaminhado ao serviço de saúde conveniado. Ele já havia completado 10 anos na empresa e reiniciou o tratamento psiquiátrico. Recebeu um afastamento de quatro dias, prorrogado para 14, após o qual, ele retornou às funções no setor de pintura, no mesmo horário, apesar de mais uma solicitação dos médicos que o acompanhavam para que fosse remanejado de setor.

2.5 As novas tecnologias e as doenças mentais

O fato ocorreu no ano de 2003, época em que foi concluída a pesquisa de Maria Elizabeth Antunes Lima, apresentando os fatores de riscos encontrados no ambiente/organização do trabalho metalúrgico e associando-os às queixas apresentadas pelos trabalhadores. A reestruturação produtiva estava a todo vapor e os novos processos de trabalho eram incorporados pelas empresas, no intuito de se tornarem mais competitivas, tanto nacional como internacionalmente. O tipo de trabalho desempenhado pelos metalúrgicos foi reconhecido como altamente estressante, tanto pelo ritmo de trabalho quanto pela exigência de qualidade. Às extensas jornadas e aos turnos de revezamento, juntou-se o ruído constante, além de ameaças de demissão, medo de não conseguir cumprir a tarefa solicitada e medo de acidentar-se, entre outros dados.

No caso de Pedro, além de todos esses fatores de risco estarem presentes, é preciso acrescentar a toxicidade à qual ele estava exposto: toxicidade do ambiente de trabalho e da corticoterapia, da qual já fazia uso por mais de seis anos. O diagnóstico de estresse foi confirmado, mas nenhuma providência efetiva foi tomada. Sabe-se que o estresse desencadeia, num primeiro momento, respostas locais ou sistêmicas, destinadas a melhorar as condições para escapar da agressão sofrida, mas quando esse limite é ultrapassado, tais respostas podem ser extremamente adversas para a pessoa. O trabalhador portava, além de uma solicitação médica para ser transferido de setor, um relatório atestando: “*paciente muito estressado, evoluindo com insônia tonteira e sensação de desmaio*”. Pedro relatou que, nessa

época, já estava muito preocupado, pois sabia que não estava bem e que se piorasse seria demitido, mas não via saída:

Eu não tinha alternativa, o médico falava que eu tinha que continuar a tomar o remédio, para tomar os remédios eu tinha que afastar. O médico do trabalho não quis olhar o que o outro falou, o da Unimed disse que eu não podia continuar naquele trabalho, mas um não bateu com o outro, e o da empresa não quis me mudar de lugar, eu precisava trabalhar, eu ia...

Dejours (1987) descreve como uma das formas de ansiedade é gerada a partir das condições de trabalho e da degradação do organismo:

As más condições de trabalho colocam o corpo em perigo de duas maneiras: risco de acidente de caráter súbito e de grave amplitude (queimaduras, ferimentos, fraturas, morte), doenças profissionais ou de caráter profissional, aumento do índice de morbilidade, diminuição do período de vida, doenças psicossomáticas (...) nas condições de trabalho é o corpo que recebe o impacto, enquanto que na organização do trabalho o alvo é o funcionamento mental. Precisamos acrescentar ainda que as más condições de trabalho não somente trazem prejuízo para o corpo, como também para o espírito. É de natureza mental a ansiedade resultante das ameaças à integridade física. A ansiedade é a seqüela psíquica do risco que a nocividade das condições de trabalho impõem ao corpo (DEJOURS,1987, p.78).

Quanto mais se debilitava, mais Pedro tinha medo de ser dispensado pela empresa, pois sabia que dificilmente conseguiria outro emprego, por apresentar todos aqueles sintomas. Percebe-se que alterações cognitivas estavam presentes, ocorrendo dificuldades em relação à memória e à concentração:

Minha mente estava lenta, quando eu mudava de operação, pegava na da frente, eu esquecia o que eu estava fazendo, continuava o que estava fazendo antes, esquecia de mudar. Aí o pessoal me chamava pra eu mudar. Eu demorava a pegar de novo... Depois o pessoal começou a falar que eu estava com o olho dilatado. Eu fui sentindo que não estava bem, sentia uma confusão, trocando as coisas, não agüentava barulho, fui ficando cada vez mais irritado. Isso foi agravando muito.

Nas horas de folga, Pedro não suportava o convívio familiar, deixando de ter vida social. Seu pai relata que ele “saía para o mato de uma hora para outra e demorava voltar, não conseguia ficar junto das pessoas. Numa dessas saídas ele sofreu um acidente em uma estrada de terra”. Após várias idas e vindas, ficou afastado por nove meses, em 2005. A médica da empresa orientou-o a requerer a aposentadoria, mas sem lhe dar um relatório ou um diagnóstico para tal. Ele entrou com o processo apenas com o relatório do médico do convênio. Este indicou que o

trabalho executado por ele oferecia riscos, por expô-lo a ruído contínuo, a movimento repetitivo e a agentes químicos. Apontou também o diagnóstico de síndrome do pânico e a necessidade de usar a medicação prescrita por tempo indeterminado. No entanto, na avaliação da perícia médica do INSS, ele é considerado apto para o trabalho. Ao retornar ele é transferido para outro setor:

O Trabalho era com carroceria, elas saiam como chapas para lixar e cortava demais. Era melhor que o outro trabalho, porque ficava fora do fluxo, das empilhadeiras, essas coisas... corria menos perigo, menos tensão... mas lá tinham umas travas e às vezes eu deixava uma parte sem travar. Quando cheguei eles disseram pra ter cuidado que outras pessoas já tinham cortado lá. Quando as chapas chegavam a gente colocava distancias para prender as partes móveis do carro, travava ... senão a porta abria.

A própria chefia percebeu que Pedro apresentava dificuldades em exercer sua função:

De vez em quando, eles falavam: cuidado que está amassando porta, tá abrindo porta, mas eles não podiam exigir mais de mim, eu tomando aqueles remédios... estava fazendo o possível. A chefia falou pra eles ficar de olho em mim, por causa do meu problema, ficar de olho no meu serviço, que eu podia deixar sem travar direito. Tinha carro que exigia mais, aí pegava mais “roia”, tinha outros que aliviava mais, mas às vezes era muito difícil pra mim e eu acabava descendo pra roia... A médica da empresa falou que lá era o melhor lugar para mim, não entendi, porque eu estava tomando aqueles remédios, com a cabeça ruim, com problema.

Depois de algumas semanas de trabalho ele sofreu um acidente, cortando o primeiro dedo da mão direita, ficou dois dias de licença e retornou para outro setor:

Me colocaram na boca de forno, aí peguei uma infecção no dedo e tive que ficar de licença de novo, por mais um mês. Quando retornei a médica me falou para voltar pro mesmo lugar de antes. Muitas vezes eu não conseguia por o distancial e era o pessoal que me ajudava.

2.6 Ninguém sabe o que fazer com esse trabalhador

Ao retornar ao trabalho, ele teve grande dificuldade em desempenhar sua função. Os responsáveis pelo setor e pelo departamento médico da empresa continuavam sem uma solução para o seu problema. As opiniões dos médicos do convênio, dos médicos da empresa e da perícia médica, divergiam o tempo todo.

Pedro passou a viver uma situação cada vez mais humilhante, o que aumentava sua angústia:

Minhas vistas embaraçava e a cabeça ficava ruim, o medo de machucar era grande e ia aumentando, eu pedia para avisar o chefe e ele me mandava para o departamento médico, eu ia, aí a médica mandava eu voltar e ficar na área, eu chegava lá eles falavam que, se eu não estava agüentando, que eu fosse para o médico... Era muito difícil, eu nem sei o que sentia...

Essa situação de descaso aumenta seu sofrimento e faz com que se sinta cada vez mais impotente, diante de sua situação social e laboral. Por mais que se esforçasse, não conseguia desempenhar sua tarefa, estava apto perante o INSS, embora incapaz perante o chefe e a médica do SESMT. Entretanto, os profissionais do SESMT não permitiam que ele ficasse no ambulatório da empresa, quando se sentia mal, mandando-o de volta para área de trabalho. O chefe, por outro lado, não podia permitir que ele ficasse ali, sem trabalhar. Ficou nesta situação, até que várias crises se sucederam, com pequenos afastamentos, até que a empresa colocou-o no turno diurno, sem revezamento de horário. Porém, as condições de trabalho são as mesmas, acrescidas da exigência de maior número de horas-extras:

Nessa última volta minha, eles me colocaram trabalhando num turno só, só de manhã, a produção tinha aumentado e quem estava trabalhando de manhã, tinha que trabalhar todo sábado... trabalhei quatro sábados direto, foi onde eu fui piorando de novo, mas tinha que agüentar, meu caso não tinha solução... .

Pedro trabalhou, ainda, durante oito meses, antes de ser dispensado. Nesse período, teve dois afastamentos, não chegando a trabalhar três meses consecutivos sem apresentar novas crises. Ao retornar do último afastamento, a empresa liberou-o para gozar dez dias de férias. Quando retornou, em pouco tempo, piorou novamente, mas a empresa o manteve no emprego, encaminhando-o para um processo de reabilitação interno. Esse processo consistia de várias palestras com o psicólogo da empresa. E Pedro foi capaz de analisá-lo com clareza:

Eu estava com muito medo de ser demitido, mas no processo de reintegração, o psicólogo me fez acreditar que a empresa queria nos dar uma chance. Ele falava que todos nós tinha um potencial, que já tínhamos dedicado muito à empresa e que ela ia arranjar um lugar onde a gente ia continuar a produzir. Aí, achei que poderia ser aproveitado pela empresa, mesmo não estando cem por cento. Os psicólogos de lá me fizeram acreditar nisso. Mas quando voltei, eles me colocaram no mesmo setor e a

cada dia me sentia pior, estava muito difícil de continuar. Eu estava indo arrastado....

2.7 Enfim, a empresa encontra uma solução

Após trabalhar de segunda a sábado, e tendo transcorrido o período de estabilidade de três meses, exigido por lei, após afastamento por motivo de doença, ele foi dispensado pela empresa.

Inclusive no dia que me demitiram tinha me dado uma crise de manhã, aquela vontade de chorar... Parecia que eu estava adivinhando. Eu cheguei na fábrica angustiado, aí o chefe me chamou lá e perguntou o que estava acontecendo, eu falei que não estava bem, expliquei e ele me mandou procurar o médico. Eu fui... Quando foi de tarde, me chamaram, dizendo que queriam conversar comigo, quando cheguei lá era o REPO³. Me disse que a empresa estava reincidento o contrato de trabalho comigo.

A demissão se transformou em outro fator de sofrimento:

Senti muito machucado, a primeira coisa que veio na minha mente foi minhas filhas, eu doente... covardia demitir um doente como eu, se não posso trabalhar, se a médica da empresa disse que era caso para aposentadoria... Fui para a perícia, perdi. Aí fiz uma PR⁴, fiz pedido de reconsideração, depois pedido de recurso, foi para Belo Horizonte, ficou lá mais ou menos quatro meses, quando chegou a carta dizendo que eu tinha perdido o recurso. Hoje não estou recebendo nada só gastando o pouquinho que eu peguei.

Depois da dispensa, tendo sido considerado apto pela perícia médica do INSS, Pedro procurou o Sindicato dos Metalúrgicos. Sem convênio médico, passou a ter dificuldades em manter o tratamento psiquiátrico. O diretor do Departamento de Saúde do Sindicato encaminhou-o para tratamento psiquiátrico e acompanhamento psicológico, solicitando parecer de ambos. Foi a primeira vez que ele procurou o Sindicato, por um lado, ele tinha a assistência médica da empresa, por outro, os contatos com o Sindicato constituem outra ameaça de ser despedido.

Pedro chegou ao atendimento psicológico com sua capacidade cognitiva seriamente comprometida, além de grande sofrimento psíquico. Os sintomas agravados por tantos anos de tratamento mal conduzido, a continuidade da

³ REPO (Representante por oficina): É um trabalhador contratado para ser um elo de ligação entre a empresa e os empregados.

⁴ Quando o trabalhador tem o seu pedido de benefício indeferido, ou seja, a perícia o considera apto para o trabalho, legalmente, ele tem até 30 dias para fazer o Pedido de Reconsideração.

exposição aos fatores de risco e o sofrimento gerado pela demissão, fizeram com que ele passasse a ficar cada dia mais dependente da família. Pedro tinha dificuldades em se localizar espacialmente, sendo necessário o acompanhamento de um familiar, sempre que saía de casa. Sua esposa acrescentou que, quando dormia, falava muito e sempre *coisas da fábrica*, como se continuasse trabalhando. Ele saiu da fábrica, mas após tantos anos de trabalho e dedicação, a fábrica não saiu de dentro dele.

Pedro demonstrava um sentimento de vergonha, mais do que de revolta ou indignação por tudo que lhe ocorreu. Vergonha é um termo que aparece muito em seu discurso: *“As pessoas olham e dizem: um homão desse sem trabalhar... eu me sinto humilhado...”*.

Gaulejac descreve situações de injustiça social que engendram um sentimento de vergonha e levam as pessoas a *“internalizar uma imagem negativa de si que, pouco a pouco, destrói do interior não apenas a revolta, mas também sua capacidade de ação”*. (2006: p.16).

2.8 Qual a parte que te cabe, trabalhador?

A família de Pedro incentivou-o a lutar por seus direitos, acompanhando-o até o sindicato e seguindo todas as orientações dadas pelos sindicalistas e pelos advogados da entidade. Pedro tentou retornar ao trabalho, desempenhando outra atividade laboral, mas sentiu dificuldades: *“Eu tento ajudar meu irmão que é pedreiro, mas eu começo a suar todo, molho a roupa toda...”*.

Sua esposa acrescentou: *“Ele fica todo amarelo... não agüenta, isso não é preguiça...”*.

Em casa, passava os dias sentado ou deitado, diz: *“Vou buscar uma coisa e esqueço, me dá um branco, minha mente tá lenta”*.

Sua esposa acrescentou: *“tempo foi passando e a mente dele foi ficando tão cansada que ele começou a não entender o que a gente fala. Eu estou expondo uma coisa e ele não entende, tenho que explicar duas, três vezes e até escrever”*.

Pedro passou, posteriormente, a fazer acompanhamento psiquiátrico e psicológico pelo SUS. Seu discurso remetia sempre à fábrica, de uma maneira

obsessiva, como se só ela existisse. Mas seria preciso perguntar: o que restou para ele? Do que mais ele poderia falar?

O psiquiatra aumentou a medicação. Seu diagnóstico é “Transtorno Depressivo Recorrente” e “Transtorno do Pânico”. A medicação prescrita consistia em Cloridrato de Paroxetina, Nortriptilina, Propanolol, Clonazepan, Ranitidina, ou seja, Benzodiazepínico (ansiolítico), antidepressivos neurolépticos mais o Anti-histamínico.

O relatório psicológico, construído pela psicóloga do trabalho, conveniada com o sindicato, buscava demonstrar as possíveis relações entre as queixas e os sintomas apresentados por Pedro e sua ocupação profissional. O relatório concluiu que, a partir do estudo do caso, fica evidente que fatores de risco ocupacional estiveram presentes durante todo o processo de adoecimento e que, de acordo com a “Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho” (Portaria GM/MS n.º 1.679/2002), o diagnóstico que mais se aproximava, naquele momento seria o de “Neurose Profissional”, pois esta doença inclui fatores de risco presentes no trabalho exercido, tais como: problemas relacionados com o emprego e desemprego; dificuldades físicas e mentais relacionadas ao trabalho; circunstância relativa às condições de trabalho. São associadas, a este diagnóstico, as crises de ansiedade e a fobia ao ambiente de trabalho e apontados a presença de comprometimento cognitivo e o retardo psicomotor.

O relatório psicológico demonstrava prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional e familiar, além dos transtornos psíquicos de difícil controle e presentes há mais de dois anos. Ele apontava, ainda, que esses sintomas geravam incapacidade para a vida profissional e avaliava ser a aposentadoria o mais indicado neste caso.

Após uma longa maratona, nos serviços de saúde do SUS e em outros serviços, para conseguir continuamente os relatórios psiquiátricos exigidos pela Previdência Social, no tempo por ela determinado; após passar por várias perícias médicas do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), recorrendo várias vezes; após passar pela perícia judicial⁵, Pedro continuava sem ter seu problema de saúde reconhecido como incapacitante para o trabalho. Dois anos após a demissão, tendo usado todos os recursos administrativos e jurídicos de que dispunha, ele desistiu.

⁵ A perícia médica judicial é feita por profissional habilitado e especialista na matéria sobre a qual deverá opinar. Esse profissional é de confiança do Juiz que o indica.

Sem aposentadoria, sem proteção alguma da empresa ou do Estado, sem conseguir voltar ao mercado de trabalho, ele não via nenhuma saída.

No final de novembro de 2007, após passar meses deitado no sofá de sua casa, ele foi convidado, mais uma vez, pelo irmão a ajudá-lo na construção de uma casa. Ele aceitou, mesmo sentindo muita dificuldade em sair de casa. No quarto dia desse trabalho, cuja função consistia em jogar telhas para o irmão que construía o telhado, Pedro acordou sentindo-se mal, mas saiu assim mesmo. Ao retornar, sentiu-se pior e foi levado a uma das unidades de urgência de saúde do município. Atendido imediatamente, os profissionais de saúde tentaram, em vão, uma vaga em hospital para que ele recebesse os cuidados necessários ao seu caso. Esses são os últimos momentos de Pedro, que faleceu, deixando a esposa e duas filhas ainda crianças. O diagnóstico foi infarto. Dessa vez, o diagnóstico de infarto, que encobria todos os outros, é objeto de consenso entre os médicos.

Passado mais de um ano, após a instauração de um processo judicial, sua esposa passa a ter direito à Pensão por Morte Previdenciária. Depois de morto, Pedro volta, enfim, a ser o provedor de sua família.

3 A SAÚDE DO TRABALHADOR E SUA INSERÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA

A história de Pedro sugere, a princípio, uma idéia de ausência de políticas públicas ligadas à saúde do trabalhador. Não ocorre em nenhum momento, por parte de Pedro, uma busca do setor público ligado à Saúde do Trabalhador, a não ser no seu “enfrentamento” com as perícias do INSS. A história do adoecimento de Pedro acontece, entretanto, concomitantemente a construção do SUS, pois, sua admissão na empresa se dá quatro anos após a promulgação da nova constituição, em que estão contidas as bases do Sistema Único de Saúde. Os trabalhadores brasileiros participaram do processo de luta pela redemocratização do país e pela instauração de um novo arcabouço legal que pudesse sustentar as novas relações almejadas pela sociedade. Sendo assim, a Saúde do Trabalhador esteve inserida nas discussões e deliberações dos fóruns de construção da nova Constituição Federal. Faz-se necessário, pois, resgatar como a saúde pública se desenvolveu ao longo da história - e como os brasileiros constroem um modelo, que atualmente é referência mundial - para entendermos como acontece esse processo de discussão e implantação das políticas de saúde do trabalhador, contextualizando, histórica e espacialmente as avaliações subseqüentes à pesquisa de campo.

3.1 Medicina social urbana

Conforme descrito por Foucault (1989), a partir de meados do século XIX, na França, a atuação da política do Estado reproduziu o que se chamou de medicina social urbana. A preocupação estava relacionada ao espaço fora das fábricas e direcionava suas ações para as intervenções coletivas, preocupada com as emanções que atingiam o meio ambiente, causando doenças às populações. Naquele século, aconteceu a Revolução Industrial e, fruto das mudanças econômicas em curso, alterou-se as condições de vida e saúde da população:

Foi no decurso de crescimento das cidades, fruto de brutal processo de urbanização provocado pela revolução industrial, que os intelectuais e lideranças políticas européias passaram a fazer as primeiras relações

sistemáticas entre a situação saúde/doença da sua população e as condições de alimentação, trabalho, de habitação e sanitárias, bem como perceber qual deveria ser o papel do Estado sobre estes determinantes. (ANDRADE, 2006, p. 37).

Essas mudanças ocorreram principalmente na Europa, onde a situação de saúde da população, em especial dos operários, era de tal forma precária que vários seguimentos sociais se uniram em torno da busca de intervenção nesse processo.

A citação de alguns estudos daquela época, além de servir para elucidar a construção do conhecimento da patologia do trabalho, num período que se estende até o final do século XIX, pontua-os como marcos políticos a estimular a reforma normativa para a melhoria das condições de trabalho, para o que será utilizado, em especial, o exemplo inglês já que foi a Inglaterra o berço e o principal ambiente de desenvolvimento da Revolução Industrial. (MENDES, 2001, p. 13).

A medicina concentrava suas investigações científicas em microbiologia, patologia, fisiologia e parasitologia, e na busca de ações que mudassem o cenário de caos que eles tinham pela frente. As políticas, orientadas para esse fim, se justificavam devido ao fato de que a degradação das condições de vida e a pauperização crescente colocava em risco a mão-de-obra e gerava endemias e epidemias, assustando as classes dominantes, que se tornaram vulneráveis aos efeitos da chamada “miséria operária”. As medidas tomadas para mudar essa situação deram início ao movimento higienista: “*A higiene designa os meios a serem postos em prática para preservar a saúde das classes privilegiadas e não da classe operária*”. (DEJOURS, 1987, p.15).

No Brasil, Oswaldo Cruz adotou esse mesmo enfoque no início do século XX. Como diretor geral da saúde pública (1903) e respaldado pela política de Estado da época, focou suas ações em campanhas de combate à febre amarela e à varíola, além da vacinação obrigatória e o saneamento dos portos, entre outras. Essas campanhas tinham por objetivo o combate das epidemias, através de campanhas sanitárias. A saúde se pautava, naquele momento, em um enfoque coletivo, mas também antidemocrático. As populações não participavam das decisões e eram obrigadas a se curvar às deliberações calcadas no discurso científico, para o bem de todos.

3.2 A teoria bacteriológica e a saúde do trabalhador no Brasil

Em 1919, Carlos Chagas foi convidado a coordenar a reorganização da saúde pública no Brasil. Um de seus atos foi colocar a higiene do trabalho como atribuição da saúde pública. Sob forte influência da teoria bacteriológica, as bases da higiene do trabalho foram calcadas na suscetibilidade individual e nos comportamentos desviantes, para explicar as doenças e acidentes do trabalho. É preciso salientar, entretanto que, naquele momento, a orientação das políticas de saúde ainda estava voltada para o coletivo e para o meio ambiente, e, mesmo dentro deste contexto, a saúde do trabalhador nascia dentro de um enfoque individualizante, ou seja, centrada nas ações médicas individuais.

Em 1923, a Lei Elói Chaves determinou a criação de uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados de cada empresa ferroviária. Aquele momento ficou conhecido como sendo a marca da criação da Previdência Social. Essa Lei vinculou aquele segmento de trabalhadores formais à rede de assistência pública. Após três anos de implantação, gradativamente, a Lei Elói Chaves foi estendida a outros segmentos de trabalhadores. Essa e outras conquistas se deram a partir da organização do movimento operário, que no início do século XX empreendeu grandes lutas no Brasil e no mundo. Porém, até a inauguração da Era Vargas (1930-1945 e 1951-1954), quando se implantou a legislação social como um todo, os direitos dos trabalhadores, mesmo conquistados em lei, eram sistematicamente desrespeitados sem nenhuma fiscalização ou mecanismo de coerção. A legislação abrangia apenas uma pequena parte da população, concentrada nos centros industrializados.

3.3 A ciência do comportamento e o trabalho

Segundo Lacaz (1996), naquela época, a Organização Científica do Trabalho (OCT) assumiu um caráter de paradigma universal. Essa nova metodologia de organização das relações e técnicas do trabalho surgiu nas últimas décadas século XIX, quando Frederick Winslow Taylor, buscava o aumento da produtividade nas

fábricas, através da racionalização técnica do trabalho. Esse método, baseado na máxima divisão das tarefas, padronizava a produção, através da fiscalização do ritmo e da quantidade produzida por cada trabalhador, em que se tenta separar radicalmente o trabalho intelectual do manual. Muitos autores se referem aos trabalhos de Taylor como *gerência científica*, no sentido de que aplicam os métodos da ciência aos problemas complexos e crescentes do controle do trabalhador nas empresas capitalistas em rápida expansão. Braverman (1979, p. 87), entretanto, escreve que, na França, os trabalhos de Taylor ficaram conhecidos como *organização racional do trabalho* e, na Alemanha, apenas como *racionalização do trabalho*, o que retira dele o estatuto de cientificidade. Com efeito, a chamada Organização Científica do Trabalho (OCT) é menos científica e mais técnica e ideológica, pois inclui um conjunto de procedimentos de controle corporal, intelectual e político do trabalhador. Segundo Enriquez, o projeto de Taylor era uma “...*tentativa de impedir a resistência operária, de desenvolver o controle do comportamento dos operários, de diminuir a autonomia e a qualificação dos trabalhadores e de minar a força sindical que se instituía progressivamente.*” (Enriquez, 1987).

Com a aceleração do processo de industrialização brasileiro, nos anos 30-40, (Sampaio, 1995), a psicologia do trabalho, chamada de psicologia industrial, iniciou seus primeiros passos. Com o objetivo de instrumentalizar alguns pressupostos do taylorismo, são usadas técnicas para detectar e superar as suscetibilidades e os desvios apresentados pelos trabalhadores. O arcabouço técnico e prático da psicologia se baseava no princípio de que a produtividade impõe exigências à seleção e acompanhamento da mão-de-obra, para se manter dentro das metas empresariais. Sato (2005) salienta que, no Brasil, a medicina se ocupava da esfera psicológica, e além da seleção e adaptação profissional atuava, também, em outro domínio, investigando a relação do adoecimento com o trabalho, mas buscando a sua gênese na esfera intra-individual:

Os profissionais de saúde mental eram recrutados para atuarem como peritos para a Justiça do Trabalho, com vistas a subsidiar sua decisão nos casos de pedido de indenização encaminhados pelos trabalhadores acidentados. Aqui, tanto a psicanálise como o paradigma organicista foram adotados como apoio para a emissão desses laudos. (...) Esses diagnósticos sustentavam que os trabalhadores eram simuladores e, assim, buscavam extorquir as companhias seguradoras. (SATO, 2005, p. 870).

Naquele momento, as políticas de saúde pública que, até então, mantinham seus investimentos nas ações coletivas, fizeram um deslocamento para um enfoque individualizante e o investimento financeiro da saúde é desviado para outras áreas. De acordo com Campos:

De um lado, o controle social sobre a força de trabalho e sobre as populações marginalizadas do mercado formal, progressivamente no pós-trinta, deixou de ser principalmente realizado via ações coletivas características do modelo sanitário, passando tal papel a ser desempenhado pela assistência médica individual, que para isto teve de sofrer significativa expansão nos anos seguintes. (CAMPOS, 1991, p. 41).

A saúde do trabalhador nasceu, no Brasil, antecipando o enfoque individualizante do adoecimento que se estenderia, pouco a pouco, para as políticas de saúde em geral, principalmente naquilo que se refere ao adoecimento mental. Essa nova orientação da saúde pública, como um todo, a partir dos anos 40, fez com que essa tendência se aprofundasse. A esse respeito Campos (1991) esclarece que,

[...] Além da função de controle social, a assistência médica individual passou também a fazer parte do processo de reprodução e manutenção da força de trabalho, conservando-a dentro de certos padrões de higidez, historicamente necessários, ao regular o funcionamento da produção.(...) Na verdade este deslocamento só foi possível porque passou a interessar à acumulação de capital uma limitação da capacidade de intervenção da saúde pública sobre a organização social e uma redução de sua função normativa sobre as condições de vida e trabalho das pessoas. (CAMPOS, 1991, 41).

Em 26 de novembro de 1930, foi criado o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, com o objetivo de interferir sistematicamente no conflito entre o capital e o trabalho, dando origem a uma legislação trabalhista que institucionalizava um sistema corporativista de relações sindicais. O Brasil estava deixando de ser uma economia de hegemonia rural, para entrar no rol dos países industrializados.

Mudava-se de um enfoque coletivo, baseado no controle sanitário, de responsabilidade exclusivamente pública, para um enfoque voltado para o indivíduo, em que a seleção e o acompanhamento do trabalhador passavam a ser uma imposição da OCT, controlada pela iniciativa privada. O objetivo passou a ser o controle do homem que trabalhava, de modo que os acidentes e as doenças do trabalho eram vistas como propensão individual ou como algo inevitável, inerente ao mundo do trabalho. Assim, com a aceleração da industrialização e o deslocamento

do pólo econômico para os centros urbanos, houve uma clara predominância do modelo médico-assistencial, no qual o importante no discurso político-econômico deixava de ser o saneamento do espaço de circulação das mercadorias, voltando-se para a restauração da capacidade físico produtiva do produtor das mercadorias.

Entre os anos de 50 e 60, aumentou a complexidade das relações entre saúde e trabalho, o que passava a exigir uma atuação multiprofissional, porém o saber médico continuava sendo hegemônico, na orientação das políticas e das ações para o setor. Em contrapartida, a partir dos anos 60, o controle social entrou em ascensão. A 3ª Conferência Nacional de Saúde traduzia a discussão em curso na sociedade, pautando-se pelo entendimento de que as políticas econômicas influenciavam diretamente os riscos de adoecer e morrer. Outra discussão importante nesse debate versava sobre a municipalização da assistência à saúde. Esse debate e essa mobilização foram interrompidos pelo golpe militar de 64, com a supressão da participação popular e, conseqüentemente, do controle social. Essa tendência ficara calada até os anos 70, quando os movimentos sociais e os movimentos populares começaram a se reorganizar pela redemocratização do país, tomando vulto nos anos 80, período em que o regime ditatorial começava a declinar e o país entrava em grave crise econômica. Junto aos movimentos sociais, voltavam as discussões e os movimentos pela saúde pública democrática e com controle social. As discussões interrompidas nos anos 60 tomavam corpo novamente, dessa vez de forma mais madura, dentro de uma conjuntura internacional que facilitava este discurso. No Brasil, o modelo adotado durante a ditadura militar se encontrava em grave crise financeira e política,

Os serviços estão organizados de forma predominantemente privados e obedecendo a uma dinâmica de mercado, ainda que com grande participação Estatal, principalmente, no financiamento e no custeio, o que impôs uma separação entre as práticas voltadas para o atendimento médico individual e as práticas coletivas. (CAMPOS, 1991, p. 48).

Crescia no país o movimento em defesa da saúde coletiva, influenciado, principalmente, pelas formulações da Medicina Social Latino-americana,

que enfatizam algumas características e princípios norteadores dessas ações. Cabe ressaltar as seguintes concepções do pensamento da medicina social latino-americana: 1) a determinação social da saúde; 2) a relativização de métodos quantitativos, na análise da associação entre causa e efeito; 3) a integração de diferentes disciplinas em torno da discussão da saúde; 4) o desenvolvimento de práticas e gestões

participativas em saúde; 5) a compreensão da dinâmica entre sujeito individual e coletivo. (MACHADO, 1997, p.35).

3.4 A saúde do trabalhador e a Reforma Sanitária

Inserido nas discussões da Reforma Sanitária, o movimento pela saúde do trabalhador incorporou temas sobre a gestão participativa, discutindo a relação entre o usuário e o serviço de saúde. Segundo LACAZ (1994), a saúde do trabalhador se constitui em um campo de práticas e saberes conformado pelas abordagens da relação saúde-trabalho, saúde pública e saúde coletiva.

Esse crescente movimento em defesa da saúde pública desembocou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Essa conferência se tornou um marco do movimento em defesa da saúde em nosso país e suas deliberações influenciaram de forma definitiva a Assembléia Nacional Constituinte. Em 1988, promulgou-se a nova Constituição Brasileira, na qual, fruto da intensa discussão e mobilização social ocorrida no país, aprovou-se o capítulo que tratava da Seguridade Social, contendo preceitos que o colocaram entre um dos mais avançados do mundo. A partir de então, a saúde foi universalizada e declarada como direito de todos e dever do Estado. Conceitos fundamentais para a democratização e ampliação da proteção, da promoção e da recuperação da saúde, foram introduzidos, tornando a gestão dos serviços hierarquizada e descentralizada até o nível municipal. A assistência à saúde do trabalhador passou a ser de responsabilidade do SUS. O entrelaçamento da previdência, saúde e assistência propõe, desde então, que o cuidado com a saúde do trabalhador funcionasse em rede.

É preciso ressaltar que estes avanços não se deram sem resistência, e estavam em consonância com os discursos e embates que aconteciam no mundo. Essa movimentação mundial questionava o modelo de saúde centrado nas ações médicas, defendendo um novo modelo, baseado na promoção da saúde e se tornou conhecido a partir da publicação do Relatório Lalonde, em 1974, no Canadá. Suas deliberações preconizavam que as ações de saúde deveriam garantir a qualidade de vida de indivíduos e coletivos, dando início ao discurso moderno sobre a Promoção de Saúde: *“A promoção da saúde foi um conceito marginal, enquanto prevaleceu a*

hegemonia, na prática e no discurso, do paradigma médico-assistencial privatista e começou a ser incorporada com sua contestação". (ANDRADE, 2006, p. 25).

As várias forças e interesses do movimento da nova saúde pública produziram discursos variados e muitas vezes antagônicos (BUSS, 2003; OLIVEIRA, 2005). Confundia-se a abordagem preventiva, idéia inicial do movimento de promoção da saúde, com a nova proposta em que o *"enfoque da promoção da saúde é mais amplo e mais abrangente, procurando identificar e enfrentar os macro determinantes do processo de saúde-doença, buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde"* (BUSS, 2003, p. 33). Ao tratar os hábitos de vida como o principal responsável pela falta de saúde, individualizava-se a responsabilidade, culpando o indivíduo pelo seu adoecimento e desconsiderando a influência social e econômica no processo saúde-doença. Esse enfoque colocava todas as pessoas no mesmo patamar de possibilidades de escolha e capacidade para cuidar de si, bastando somente informar-lhes sobre os fatores patogênicos a que estavam expostas. Pode-se perceber a influência deste discurso nas políticas e publicações que discutiam a segurança do trabalhador nos locais de trabalho. Quase sempre elas associavam o uso adequado dos Equipamentos Individuais de Segurança (EPI) ao fim dos acidentes de trabalho e, como solução, apontam a educação baseada na informação e treinamento sobre o uso correto desses equipamentos, como forma de atingir esse objetivo. Ao restringir a discussão a esse enfoque simplista, evitava-se a discussão ampla do problema e, afastando sua complexidade, evitava-se abordar temas conflituosos, que muitas vezes esbarram na lucratividade das empresas, o que interfere na fiscalização dos ambientes e condições de trabalho, por parte do setor público.

A educação, nesse caso, se baseia na informação e no treinamento, não considerando que educar pressupõe garantir poder, condição fundamental para que as populações tivessem consciência e pudessem escolher e intervir nas decisões tomadas sobre o processo saúde-doença, de forma ampla, através da participação popular e do *empowerment*. Segundo Carvalho (2004) O "*empowerment* comunitário" é um processo de validação da experiência das pessoas. É a legitimação dos anseios da comunidade organizada, através da remoção de barreiras que impedem a sua participação, aumentando o controle dos indivíduos sobre as decisões políticas que envolvem a comunidade, buscando alcançar maior justiça social. O caso apresentado demonstra que o trabalhador, muitas vezes, não

tem acesso mínimo nem mesmo à informação. Pedro não sabia qual a fórmula do produto que manipulava e qual o seu grau de toxicidade. Quando já doente, passou a conhecer os riscos do produto sobre sua saúde, não teve nenhum poder de intervir sobre as decisões tomadas, em relação ao seu destino. Então, se “*a grande valorização do conhecimento popular e da participação social conseqüente a este conhecimento está na base da formulação conceitual da promoção da saúde*” (BUSS, 2003, p. 16), será possível transpor esse conceito para o mundo do trabalho ou isso se torna impossível, devido às relações de poder instituídas, em que o discurso dominante é o discurso do empresariado? Como é possível às entidades e serviços que atuam na área de saúde do trabalhador elaborar políticas de promoção de saúde, nos moldes almejados pelos movimentos sociais que atuam na área?

3.5 Saúde para todos os trabalhadores, inclusive saúde mental

No Brasil, a redemocratização da saúde se deu influenciada pelo movimento mundial, para a construção de novos paradigmas de saúde pública. Os atores inseridos na saúde do trabalhador participam dessa discussão e buscam um caminho que delimite suas especificidades, mantendo essa área incorporada ao sistema de saúde de modo geral. Assim,

A Saúde do Trabalhador passa a ter nova definição e novo delineamento institucional, a partir da Constituição Federal de 1988, com a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua incorporação como área de competência da própria saúde (BRASIL, 2005a, p.11).

A Saúde do Trabalhador passa, assim, a constituir uma área específica da saúde pública, tendo como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde, integrando ao sistema de saúde como um todo. Observa-se que seu objeto é bastante amplo e, assim como propõe o paradigma da Nova Promoção da Saúde, ele estava marcado pela multidisciplinaridade e pela intersectorialidade:

Por ser um campo novo de práticas, de competência e de atribuições e por ser seu objeto – a saúde do trabalhador em referência ao processo produtivo - necessariamente um objeto complexo, dado seus aspectos

| socioculturais, políticos e econômicos, com interfaces institucionais diversas(...) (BRASIL, 2005a, p.11).

A execução das ações de saúde é regulamentada pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). Vários parágrafos desta Lei tratam da saúde do trabalhador, definida assim em seu parágrafo 3º, artigo 6º:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e à ação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...). (BRASIL, 2005a, p. 40).

O controle Social é uma das prerrogativas da Saúde do Trabalhador, assim como do Sistema Único de Saúde e se expressa nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), que devem ser realizadas de quatro em quatro anos (Lei 8.142) e têm papel consultivo. Os Conselhos de Saúde têm papel deliberativo, sendo o Conselho Nacional de Saúde a instância máxima de controle social, no SUS. A composição dos conselhos deve respeitar sempre a paridade entre seus membros, sendo constituídos de 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores do Sistema. O SUS está organizado a partir de três níveis de atenção: rede básica, média e alta complexidade.

A 1ª CNST, realizada em 1986, antecedeu a Constituição Federal de 1988 e é uma das ferramentas que subsidiaram as discussões em torno da saúde do trabalhador no SUS. Desde meados dos anos 80, os trabalhadores, através de movimentos organizados, instituíram o Programa de Saúde do Trabalhador: “As iniciativas buscavam uma atenção diferenciada para os trabalhadores e um sistema de vigilância em saúde, com a participação dos trabalhadores” (BRASIL, 2001a, p.23). Uma das definições desse programa foi a criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, inicialmente reconhecidos pela sigla CRST's e atualmente CEREST's. Nessa conferência dedicou-se uma atenção especial à sua implantação e alguns pressupostos básicos para o seu pleno funcionamento.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi realizada em 16 de março de 1994, mais de sete anos depois da primeira e seis anos depois da promulgação da nova Constituição. No momento da segunda CNST, a saúde do

trabalhador estava inserida no SUS, porém as resoluções dessa conferência que buscavam avançar no sentido da integração intersetorial

nunca saíram do papel, seja pela resistência expressa dos órgãos do Trabalho e da Previdência Social; seja pela inexistência de vontade política do setor Saúde em assumir o papel nucleador do processo de unificação, expressada na fragilidade orgânica da instância que vem coordenando as ações de Saúde do Trabalhador no Ministério da Saúde (...) (LACAZ, 2005, p. 146).

Nessa conferência, a saúde dos trabalhadores foi tratada dentro de conceitos mais amplos, aprofundando a noção de multideterminação da doença e apontando a integralidade das ações públicas, como decisiva nas ações de promoção da saúde.

A discussão sobre a implantação das Novas Tecnologias Organizacionais e seu impacto na saúde dos trabalhadores, em especial na saúde mental, aparecia naquela conferência, mas ainda sem uma organização, por parte do movimento sindical, que pudesse se materializar em propostas mais concretas para o campo da Saúde Mental e Trabalho. Estudiosos do assunto, no Brasil, buscavam se basear em trabalhos de pesquisadores, principalmente, franceses e americanos, para balizar as pesquisas de campo em curso (LIMA, 1998). Na saúde pública, construiu-se práticas de intervenção, a partir da demanda dos que procuram os serviços:

[...] desde o início da década de 80, no Brasil, diversos estudos, pesquisas e atividades de intervenção a partir dos serviços públicos de saúde e das entidades sindicais, conformando o que se poderia denominar uma subárea do campo de saúde do trabalhador (SATO, 2005, p. 870).

Em 2001, o Ministério da Saúde lançou o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que tem por objetivo

Orientar os profissionais de saúde, em especial aqueles que atuam na atenção básica no tocante à prevenção, à vigilância e à assistência à saúde, dos trabalhadores. Visa também a possibilitar a caracterização das relações entre as doenças e ocupações, o que é indispensável para promover a qualidade, a capacidade resolutiva e a integralidade das ações e dos serviços dirigidos à população trabalhadora (BRASIL, 2001, p. 11).

Em 19 de setembro de 2002, foi aprovada a portaria que instituiu a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Sua implementação visa à institucionalização e ao fortalecimento da saúde do trabalhador e seu objetivo é o de *“integrar a rede de serviços do SUS, voltados à*

assistência e à vigilância, para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador” (Portaria GM/MS n.º 1.679/2002). Como estratégia, a portaria busca, sobretudo, incentivar financeiramente os Municípios e Estados, na criação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's), os quais devem desempenhar a função de suporte técnico, de coordenação de projetos e de educação em saúde para a rede do SUS da sua área de abrangência. Com isso, buscam-se condições para que de fato a saúde do trabalhador se insira no SUS, devendo os trabalhadores ser acolhidos pela porta de entrada do Sistema, capacitando os profissionais para diagnosticar, notificar e referenciar as doenças advindas do processo de trabalho.

A etapa nacional da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador foi realizada de 24 a 27 de novembro de 2005, em Brasília. Essa conferência teve amplo apoio do governo federal empossado no ano de 2003, e tendo em sua composição vários atores do movimento social e do movimento sindical, entre eles o próprio presidente da república. Após um amplo debate político, nas instâncias municipais e estaduais do SUS, em que se discutiu os dificultadores que se interpunham à implantação das prerrogativas já conquistadas legalmente, buscou-se caminhos que respondessem à sua efetiva implantação. Com o tema, *Trabalhar, sim! Adoecer, não!*, os presentes à Conferência avaliaram que dezessete anos após a promulgação da Constituição Federal, que instituiu o Sistema único de Saúde, colocando a saúde do trabalhador como sua prerrogativa, as ações vinham se desenvolvendo apenas em alguns estados e municípios, de forma isolada e fragmentada das demais ações de saúde. Um dificultador importante era a fragmentação da responsabilidade pelas ações. Isso explica a preocupação com os temas ligados à transversalidade e a integralidade nas políticas voltadas para a saúde do trabalhador (BRASIL, 2006b):

Garantir o desenvolvimento, pelo Estado, de políticas universais, intersetoriais e integradas – Saúde, Trabalho e Emprego e Previdência Social –, de inclusão social do trabalhador, com sinergismo e equidade, contemplando ações preventivas, de promoção da saúde, de vigilância (epidemiológica, sanitária, ambiental e de saúde do trabalhador), curativas e de reabilitação, que garantam seu acesso a um atendimento humanizado, cuja consecução esteja assegurada nas três esferas de governo – federal, estadual e municipal – sem interferência política, incluindo o setor formal (público e privado) e o informal, da zona urbana e da rural, no sistema de proteção à segurança e saúde do trabalhador, com controle social e em conformidade com a legislação de saúde. (BRASIL, 2006b, p.1).

4 HISTÓRIA DO MOVIMENTO PELA SAÚDE DO TRABALHADOR

4.1 Uma história de resistência

Fazer um resgate histórico das lutas em defesa da saúde do trabalhador possibilita entender como os trabalhadores se posicionaram, ao longo da história, diante das políticas ou da ausência de políticas de saúde e vigilância sobre o setor produtivo: *“pois é nessa ação de resistência à organização capitalista do trabalho que os trabalhadores se constituem como classe e se tornam sujeitos de sua história, que é também a história da sociedade”* (Le Ven, 1988, p. 17). Tal resgate possibilita, também, reconhecer como as classes dominantes se armaram para contrapor a esta resistência.

As transformações ocorridas no processo de trabalho, ao longo da história, alteraram não só a maneira de ser e de viver dos trabalhadores, mas definiram, na maioria das vezes, sua forma de adoecer e morrer. A partir da Revolução Industrial, no século XIX, iniciaram-se as lutas em defesa da saúde do trabalhador, contrapondo-se à situação de miséria e sofrimento às quais estavam submetidos. Essas mudanças se iniciaram na Idade Média, lentamente, preparando terreno para o momento das grandes mudanças econômicas e sociais que se iniciaram na Idade Moderna.

O desenvolvimento da máquina a vapor, no século XVIII, possibilitou a primeira revolução na indústria, pois, até então, os trabalhos eram executados somente pela força dos homens ou animais, contando com o apoio do vento ou da água. Com a invenção da máquina a vapor, foi possível transformar a natureza do trabalho para um ritmo mais rápido, além de possibilitar outras formas de realizar o trabalho.

As condições de trabalho começaram a se alterar de forma gradativa, preparando o terreno para a ascensão da burguesia:

O desenvolvimento tecnológico e a ascensão marcante da burguesia e das possibilidades comerciais e o poder centralizador dos Estados determinaram um grande incremento nas atividades relacionadas à mineração e manuseio de metais nobres. As atividades ligadas ao transporte marítimo também sofreram importantes transformações, como

resultado da expansão mercantilista e das novas e prolongadas rotas de navegação. (MENDES, 2003, p. 07).

4.2 A centralidade do trabalho

Mendes (2003) relata que, nessa época, surgiu o primeiro livro sobre os riscos inerentes a uma ocupação - Ellenborg, 1440-1499. Alguns tipos de doenças, circunscritas a uma determinada função, começavam a despertar interesse de alguns pesquisadores. No início do século XVII, tínhamos vários trabalhos médicos publicados. Eram produções que procuravam demonstrar que algumas doenças são específicas de certos grupos de trabalhadores, como por exemplo, a febre dos marinheiros. Durante todo aquele século, continuaram os estudos sobre doenças de origem ocupacional, acrescentando-se o estudo sobre os efeitos nocivos dos vapores originários dos metais com os quais os trabalhadores tinham contato, em minas e refinarias, além de publicações relacionadas às doenças dos marinheiros. Um trabalho marcante foi o “De Morbis Artificum”, de Bernardino Ramazzini (1633-1714), no qual o autor descrevia 52 ocupações com as respectivas queixas e os distúrbios apresentados pelos trabalhadores que exerciam determinados ofícios. Essa publicação foi o primeiro tratado sobre doenças ocupacionais, no qual as ocupações citadas referiam-se aos mais diversos trabalhos, apontando a determinação social da doença. Esse estudo foi realizado através de pesquisa detalhada, não observando o trabalhador doente apenas em seu consultório, mas principalmente, através de visitas ao local de trabalho, colhendo amostras numerosas, com uma escuta minuciosa e exame clínico detalhado. Juntou-se a isso a grande bagagem teórica de Ramazzini, decorrente do estudo das diversas pesquisas publicadas até aquele momento. Tudo isso torna valiosa a sua contribuição e lhe dá o título de “Pai da Medicina do Trabalho”. Os resultados de suas pesquisas apontam, também, o descaso com que a ciência trata o operário,

Um médico que atende um doente deve informar-se de muita coisa a seu respeito pelo próprio e pelos seus acompanhantes, segundo o preceito do nosso Divino Preceptor, “quando visitares um doente convém perguntar-lhe o que sente, qual a causa, desde quantos dias, se seu ventre funciona e que alimento ingeriu”, são palavras de Hipócrates no seu livro “Das Afecções”; a estas interrogações devia-se acrescentar outra: “e que arte

exerce?” Tal pergunta considero oportuno e mesmo necessário lembrar ao médico que trata um homem do povo, que dela se vale para chegar às causas ocasionais do mal, a qual quase nunca é posta em prática, ainda que o médico a conheça. Entretanto, se a houvesse observado, poderia obter uma cura mais feliz. (RAMAZZINI, 1999, p. 19.).

Ramazzini desenvolvia sua clínica de acordo com o que Foucault descreveu como a medicina do século XIX: “*é um olhar que não se contenta em constatar o que evidentemente se dá a ver; deve permitir delinear as possibilidades e os riscos; é calculador*” (FOUCAULT, 1998, p. 101).

Dois séculos depois, percebeu-se que alguns médicos, como demonstrado no caso descrito, não olham o paciente à sua frente. Elas não calculam os riscos e, se os fazem, por que, então, se calam? A forma de organização dos serviços médicos e previdenciários, aliada à pressa do mundo contemporâneo, torna impossível as observações nos locais de trabalho, procedimento indispensável à compreensão dos quadros de doenças do trabalho.

4.3 A mudança na representação do trabalho

Com a Revolução Industrial, as relações de trabalho, que estavam sendo alteradas gradativamente, mudaram de maneira drástica, impactando o modo de vida das pessoas, ressignificando valores, relações pessoais e de trabalho. As pessoas que antes trabalhavam em sua própria casa, junto aos seus familiares, desempenhando ofícios passados de pai para filhos, ou na lavoura, onde toda a família trabalhava junto, passaram a ser obrigadas a trabalhar nas fábricas para garantir sua sobrevivência. Além de as condições de trabalho terem se tornado penosas, com ritmos de trabalho excessivos, ambientes insalubres e jornada de trabalho extensa, perdeu-se a possibilidade de acompanhar a construção do produto do seu trabalho do início ao fim. O processo de organização do trabalho fragmentava definitivamente a obra do trabalhador.

[...] O sistema de fábrica introduz determinantes que lhe são inerentes, não importando que esse sistema se desenvolva num ambiente capitalista ou em outro qualquer, pois ele traz em seu bojo todas as implicações relacionadas à hierarquia, disciplina e controle do processo de trabalho, ao mesmo tempo em que se dá uma separação crucial: a produção de saberes técnicos

totalmente alheia àquele que participa do processo de trabalho (DECCA 1982, p. 38).

As fábricas surgiram trazendo a necessidade de um contingente cada vez maior de homens dóceis e subordinados às suas funções. Foi preciso criar e difundir um novo valor social para o trabalho, visto que o homem não aceitou se subordinar a essa situação como algo natural. Desde a implantação das primeiras fábricas, os homens resistiram, pois não estavam acostumados aos rígidos padrões exigidos pelo trabalho organizado em série, em que já não eram donos de suas mais elementares vontades, não vendo razão para se submeterem a ele, a não ser a necessidade de sobrevivência. Jacob (1995) mostra que, desde o século XVII, o discurso sobre a exaltação do trabalho foi construído, principalmente, através dos textos econômicos, onde se difundia a idéia do trabalho como útil e necessário à sociedade. Os poetas e literários resistiram a esse discurso, pois a idéia de trabalho contrapunha-se sempre à idéia de liberdade. A origem do pensamento que atrelava trabalho à civilização, ou ao desenvolvimento da sociedade, falava sempre de um trabalho regido por regras, em que o tempo e o espaço de circulação dos indivíduos seriam estabelecidos por outros – por aqueles que pensavam ou detinham a propriedade e os meios de produção. O fazer só poderia ser reconhecido como trabalho, se respondesse aos anseios de progresso social. Buscou-se, então, naturalizar esse pensamento persuadindo os homens a trabalhar para produzir, buscando, em um segundo momento, convencê-los a produzir além de suas necessidades de subsistência. Segundo Jacob (1995), construía-se uma moral social, em que o trabalho passava a ser reconhecido como um valor em si mesmo.

Nascia uma nova forma de se relacionar com o trabalho. Se antes, o ofício era feito de forma artesanal, de acordo com a possibilidade de cada um, em que o saber e a técnica eram próprios de cada trabalhador, agora era preciso se curvar perante a rígida disciplina da fábrica, cumprir o demandado por seus superiores, sentindo-se mais digno por estar nesse lugar. Antes o trabalho era o “fazer” simplesmente, não carecia de outros significados. O trabalho mais extenuante era entendido apenas como o meio necessário para se conseguir o seu sustento e o de sua família. Depois, tornar-se trabalhador era se identificar com dignidade e respeito para se tornar socialmente aceito, *“Introjetar um relógio moral no coração de cada trabalhador foi a primeira vitória da sociedade burguesa”* (DECCA, 1982, p.15). Mudam-se as relações de trabalho e o discurso que o nomeia.

Como afirma Decca (1982), a moderna concepção da palavra trabalho tem esse sentido inerente à nova organização de trabalho, não importando o sistema econômico e político em que se desenvolva. Entretanto, é preciso salientar que, no sistema capitalista de produção, existe uma diferença fundamental em relação aos outros sistemas. A mais-valia, conforme descrito por Marx (1985), é o excedente da força de trabalho empregada e não paga ao trabalhador e que se transforma no lucro do dono do meio de produção. O processo de produção capitalista tem duas facetas sobre as quais se constrói: o processo de valorização, de onde o capitalista retira a mais-valia, e o processo de trabalho, em que reside a produção dos bens propriamente dita. Se, por um lado, o dono dos meios de produção busca o aumento constante do lucro, o trabalhador busca defender o valor da força de trabalho, seu único bem, buscando valorizá-la continuamente. Essa é a grande contradição entre o capital e o trabalho, fazendo da luta de classes a força motriz da sociedade, através da história. Hoje, reconhecemos que as relações são muito mais complexas do que no período estudado por Marx, mas a mais-valia continua a ser o meio de enriquecimento da sociedade capitalista, e da distribuição injusta de riquezas.

4.4 A luta em defesa da saúde

Paralelamente à história da industrialização mundial, desenvolveu-se a história do movimento dos trabalhadores pela preservação da saúde. Movimento esse que não se deu de forma linear, mas sim de forma dialética, vinculado aos determinantes sociais, econômicos e políticos, em que se percebiam avanços e recuos.

Segundo Rebouças (1989), esse processo pode ser dividido em quatro momentos: a luta pela sobrevivência; a luta pela reparação dos acidentes e mutilações; a luta pela identificação e reparação das doenças atribuídas ao trabalho; a luta pela saúde no trabalho. O autor chama a atenção para o fato de que os três primeiros momentos têm características reparacionistas e o último busca a prevenção, ou seja, evitar as situações de risco para a saúde:

Passando por sucessivos e às vezes simultâneos momentos, da preservação da sobrevivência às tentativas de reparação, detecção precoce das alterações orgânicas e discursos prevencionistas e ambientalistas evoluiu-se para uma percepção mais ampla e profunda sobre a questão da relação trabalho e saúde. Esta evolução transparece na luta dos trabalhadores e na evolução dos conceitos. (REBOUÇAS, 1989, p.23).

A quarta etapa da luta dos trabalhadores (REBOUÇAS, 1989), definida como atual, acontece em um período de profundas transformações no mundo do trabalho, demarcado a partir dos anos 90, marcado pela globalização e pela implantação das Novas Tecnologia Organizacionais (NTO's).

Percebe-se, através das Conferências Nacionais de Saúde, que houve um amadurecimento na luta em defesa da saúde, pois, no Brasil, a conjuntura econômica sempre levou os sindicatos a priorizarem a luta pela manutenção do emprego e do salário, lutas que dominaram a agenda dos sindicalistas, relegando a saúde dos trabalhadores a um segundo plano. Mesmo assim, observamos que esta nunca deixou de ser uma preocupação dos dirigentes sindicais, que trazem para o debate político, lado a lado, as discussões que refletem a busca pela implantação de medidas reparacionistas e preventivistas, mostrando as situações muito diferenciadas que existem nas diversas categorias e nas diversas regiões do país. Por isso, as conferências de Saúde do Trabalhador foram momentos ímpares para os trabalhadores e suas organizações, mesmo observando a centralidade das discussões baseadas no adoecimento físico.

4.5 As doenças mentais relacionadas ao trabalho

Um novo desafio, que se impõe aos dirigentes sindicais atualmente, refere-se ao sofrimento e às doenças mentais com as quais os trabalhadores se apresentam aos departamentos de saúde das entidades. Muitas categorias passam a vivenciar essa situação de forma impactante a partir da implantação das novas tecnologias organizacionais. O processo de reestruturação produtiva, com a implantação da automação e introdução da robótica, mudou as relações de trabalho nas empresas. Nas fábricas, no setor automotivo, por exemplo, as mudanças foram rápidas. A introdução dos métodos baseados no modelo japonês veio acompanhada de um

novo discurso, que busca negar o controle imposto aos trabalhadores e torná-los chefes de si mesmos:

Observamos, desde há pelo menos duas décadas, uma série de novas palavras e expressões que buscam designar e dar significado ao cenário atual do Trabalho, tais como: flexibilização, comprometimento, empreendedorismo, empowerment, requalificação, qualidade total, jornada flexível, empregabilidade, desemprego estrutural, globalização, entre outras (SATO, 2002, p.31).

O movimento sindical, em um primeiro momento, tomou posição contrária à introdução das NTO's, combatendo principalmente a terceirização e a precarização do trabalho que a acompanhavam. Em relação à introdução da automação e robótica, as posições contrárias se basearam nos estudos que previam um aumento do desemprego. Isso, associado à luta diária em defesa do salário, fez com que os dirigentes sindicais não fizessem uma discussão mais aprofundada sobre o que representava toda essa mudança. Em muitas categorias há uma alteração no perfil dos trabalhadores e na forma como passam a representar-se socialmente perante a empresa. A mudança no adoecimento é outra consequência, já que as novas tecnologias fazem cada vez mais exigências de natureza cognitiva, excluindo os trabalhadores que não conseguem adaptar-se aos novos processos de organização. Esses trabalhadores adoecem muitas vezes em decorrência da pressão que passam a vivenciar e, dessa forma, são demitidos doentes e despreparados para o novo mercado de trabalho.

Ao procurar auxílio nos serviços públicos de saúde, as entidades sindicais se deparam com profissionais também despreparados tecnicamente para avaliar e tratar o adoecimento mental relacionado ao trabalho.

O período de estabilidade econômica, que o país passou a viver recentemente, facilita a discussão sobre o adoecimento dos trabalhadores e suas consequências econômicas e sociais. Até bem pouco tempo, a inflação galopante fazia com que as entidades sindicais tivessem como meta apenas a recomposição dos salários e a manutenção do emprego. A história tem demonstrado que, historicamente, as políticas e estudos referentes à saúde do trabalhador, incluindo os psicológicos, foram pensados para responder às necessidades do setor produtivo, garantindo o nível de produtividade esperado dentro da atual conjuntura econômica, ou para garantir o escoamento da mercadoria, como no início século XX.

Condicionadas pelos interesses econômicos dos empresários, as políticas de saúde tiveram pouca interferência dos trabalhadores, ao longo da história. A organização dos trabalhadores sempre priorizou a luta econômica, além de encontrar resistência dos setores governamentais que se armaram das mais diversas formas, inclusive com um discurso científico, para defender o interesse do empresariado. Hoje, numa conjuntura mais favorável, do ponto de vista institucional, o discurso dos trabalhadores tem lugar na gestão do Sistema e está legalmente referendado. Observam-se, entretanto, grandes dificuldades por parte do movimento dos trabalhadores em defesa da saúde. Pois, nesse contexto de rápidas transformações, é preciso buscar novas formas de atuar para enfrentar as agruras do capital. Se o mundo passa por uma revolução que impacta o processo de trabalho como um todo, ele exige dos trabalhadores uma nova forma de se posicionar. O controle dos gestos é substituído pelo controle da subjetividade, tentando roubar dos trabalhadores o sentimento classista e fazendo com que todos pertençam apenas à categoria de consumidores. Juntamente a essas transformações, novas formas de adoecimento marcam a vida dos trabalhadores, causando sofrimentos desconsiderados pelas políticas econômicas e por muitos outros seguimentos da sociedade. Apesar de tantas transformações no mundo do trabalho, uma regra continua imutável: nesse mundo, a maioria dos trabalhadores só tem a sua força de trabalho e sem ela, ele não tem valor. A luta pela prevenção das doenças e pela readaptação funcional é tão importante quanto a luta pela comprovação do nexos causal das novas formas de adoecimento, entre elas o adoecimento psíquico.

5 A INDÚSTRIA AUTOMOTIVA NO BRASIL

5.1 A formação da classe operária brasileira e a industrialização

A formação da classe operária brasileira teve particularidades ligadas ao desenvolvimento do capitalismo em nosso país. Diferente do desenvolvimento inglês, e da maioria dos países da Europa, que iniciaram esse processo no século XXVIII, no Brasil, conforme estudos de Antunes (1982), o capitalismo teve suas bases econômicas sedimentadas nos anos 20, sustentado pelo capital cafeeiro, base da economia brasileira no período, e que gerou as condições necessárias à entrada do capital industrial em nosso país:

Entendida como tal, a industrialização brasileira, na particularidade da via colonial, além de hipertardia, retardatária e subordinada ao capitalismo na sua fase monopolista, tem entre outras especificidades que a distinguem dos casos clássicos de transição e que são fundamentais para o entendimento da constituição e da inserção da classe operária no capitalismo brasileiro. Enquanto nas formações centrais o processo de constituição do capitalismo passa pelas formas clássicas de produção – como o artesanato, a manufatura e a grande indústria –, no Brasil o processo de industrialização nasce dentro de um contexto onde predomina a grande indústria (ANTUNES, 1982, p. 49).

Se o sentido dado à atividade produtiva na Europa teve reconhecidamente uma mudança radical, a partir do século XIX, conhecida como Revolução Industrial, no Brasil, conforme constatação acima, conclui-se que essas mudanças se deram de forma ainda mais abrupta. Antunes (1982) afirma o caráter contraditório da formação da classe operária no Brasil:

[...] no caminho objetivado pela via colonial, a classe operária, apesar de encontrar as condições concretas para o seu desenvolvimento dadas pela grande indústria, teve por outro lado uma restrição estrutural dada pela pesada herança do latifúndio e da economia agrário-exportadora. (ANTUNES, 1982, p. 58).

O caráter contraditório e hipertardio do desenvolvimento do capitalismo, no Brasil, pode contribuir para a explicação da formação da classe operária e sua atuação ao longo da história. Chasin (1978) usa o termo “hipertardio” para explicar as reformas estruturais por vias reformistas e não revolucionárias, o que faz com que

as mudanças ocorram por um viés conservador, em que realidades contraditórias e muito diferenciadas acontecem simultaneamente.

Até o ano de 1935, o movimento dos trabalhadores metalúrgicos, era dirigido principalmente pelos anarquistas, *“a atuação sindical dos metalúrgicos se limitava quase que exclusivamente ao terreno da situação econômica, buscando o aumento salarial e a instituição do salário mínimo (ANTUNES, 1990, p. 95)”*. O operariado metalúrgico, naquela época, era ainda uma categoria incipiente, tendo outras categorias e movimentos um peso maior na contraposição às políticas do governo Vargas. Posteriormente, o movimento dos trabalhadores passou a ser organizado pelos comunistas, o que aumenta a consciência dos trabalhadores e as intervenções nos processos políticos.

Pode-se dizer que o setor automotivo teve seu início em 1930, quando a General Motors, instalou uma filial de sua fábrica no Brasil, com o objetivo de montar carros importados dos Estados Unidos. Durante a Segunda Grande Guerra, o mundo viveu a escassez de produtos manufaturados, levando o governo brasileiro a elaborar uma política destinada à implantação de um parque siderúrgico nacional, o que deu origem, além do ABC Paulista, ao parque industrial de Contagem, ao qual estava vinculado o município de Betim. Em 1950, durante o governo de Juscelino Kubitschek, foi construída a Rodovia Fernão Dias, ligando São Paulo a Belo Horizonte. Em 1956, o então presidente do Brasil, Juscelino Kubitschek, oficializou a produção de veículos, nascendo, então, a indústria automobilística no Brasil. A Mercedes-Benz foi a primeira fábrica implantada, em 1953, e a região escolhida para se tornar o primeiro parque industrial do Brasil ficaria conhecida como o ABC Paulista. Em 1959, a General Motors inaugurou sua fábrica, seguida pela FORD, em 1975, e pela Volkswagen, cinco anos mais tarde. A próxima empresa escolheu outro local fora do eixo do ABC, para construir sua fábrica. A FIAT Automóveis construiu sua fábrica em Betim, Minas Gerais, no ano de 1976.

Por que a FIAT Automóveis optou por construir sua fábrica fora do parque industrial brasileiro, que já contava com toda infra-estrutura para produzir e escoar a produção?

Esse deslocamento fazia parte dos planos do governo militar, que buscava deslocar o pólo industrial de São Paulo para outras regiões do país. Betim, a cidade escolhida, fica 30 quilômetros distante da capital mineira, mas já conta com infra-estrutura mínima, pois as políticas do governo Juscelino Kubitschek previram uma

ampliação do parque industrial brasileiro. Assim, Betim está cortada por uma rodovia federal que liga Belo Horizonte a São Paulo, reunindo condições favoráveis à distribuição da produção industrial, além de contar com um parque siderúrgico próximo. Além disso, outros motivos importantes definiram a vinda da empresa para Betim, os vários incentivos fiscais e a possibilidade de se pagar salários menores, contribuíram de forma decisiva para essa escolha. No auge da ditadura militar, para atrair o interesse das empresas, os governos federal e estadual usavam como estratégia, além dos incentivos fiscais, a divulgação sobre a personalidade dócil dos mineiros. Como relatado na revista de comemoração dos 30 anos do Sindicato dos Metalúrgicos de (2006), essa propaganda era aberta. Um exemplo é o folheto produzido pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento Industrial – INDI, com o objetivo de atrair novas empresas para a região:

Muitos mineiros são altos, delgados, esbeltos e de pele clara, mas não existem barreiras de cor em Minas, nem em mito, nem em fato. Homens e mulheres de todas as nações e de todas as raças são recebidos abertamente em Minas. Encontra-se também uma ausência de consciência de classe e esta atitude está combinada com o senso democrático de que todos os homens são iguais. (SINDMET, 2006, p. 06).

Após a instalação da fábrica, Betim passa de uma cidade pequena, com características rurais, para uma cidade industrial, em pouco tempo:

Até que, em 1973, a assinatura de um acordo entre o governo mineiro e a FIAT Automóveis S.A., para tornar o Distrito Industrial Paulo Camilo o segundo maior pólo produtor de veículos do país, fez com que a cidade que, até aquele ano contava com pouco mais de 30 mil habitantes, passasse a atrair milhares de trabalhadores em busca de emprego e sua população se multiplicasse nas décadas seguintes. (SINDMET, 2006, p. 05).

As primeiras siderúrgicas haviam chegado em Betim na década de 60, não alterando o perfil da cidade, diferentemente da instalação da FIAT Automóveis. Na época denominada FIASA, devido à associação do governo mineiro à empresa italiana, foi inaugurada oficialmente em julho de 1976, tendo ao todo 3.500 empregados. Nesse mesmo ano, a associação dos metalúrgicos, criada em 1974, obteve a carta sindical, autorizando a eleição do seu primeiro presidente, e assim foi criado o Sindicato dos Metalúrgicos de Betim. A FIASA foi construída em um local que passaria a ser denominado ‘Distrito Industrial Paulo Camilo’. Essa era uma

região distante do centro industrial de contagem, da sede do município de Betim e da entidade sindical da categoria. Os trabalhadores dependiam do ônibus da empresa, único meio de transporte para chegar até à fábrica e, obedecendo ao imperativo de dispersão dos trabalhadores, a forma de organização do ambiente de trabalho mantinha os diversos níveis de produção separados em grandes galpões, impedindo-os de ter uma visão do todo (LE VEN, 1988). A áurea de importância dada à empresa, construída pelo marketing governamental, também estava presente desde a sua chegada:

[...] O processo de recrutamento e formação da mão de obra da montadora automobilística seguiu os caminhos impostos pela exigência de uma força de trabalho segmentada e diferenciada, mas com uma conotação geral de criação de um mito em torno dos trabalhadores da FIAT, difundido pela propaganda governamental do “milagre econômico” e pela imprensa local (LE VEN, 1988, p. 3).

Essa propaganda, difundida e perpetuada, explica em parte o comportamento de Pedro e sua família, que sempre imaginaram ser àquela “a melhor empresa para se trabalhar”, lutando contra a demissão de todas as formas que lhes foi possível.

As primeiras fases de estruturação da empresa demonstravam a sua fragilidade financeira. Em contrapartida, sua inserção política e poder de barganha junto ao governo são grandes:

[...] o início dos investimentos da FIAT no Brasil com uma participação pequena no mercado, contando para sua sobrevivência com vários incentivos fornecidos pelo governo do Estado de Minas Gerais. Em um segundo momento, temos um período de recessão (1980 a 1984) onde o mercado interno se retrai e a Fiat investe no mercado externo, principalmente na Itália, para vender sua produção. (NEVES, 1996, p.43).

Durante esse período, a organização dos trabalhadores metalúrgicos evoluiu, chegando, em 1978, a protagonizar um dos maiores movimentos de massa do período ditatorial (1964-1985):

Em maio, um acontecimento mudou a história dos operários brasileiros: 1600 metalúrgicos da Saab-Scania, em São Bernardo do Campo (SP) entraram em greve (...). Quatro dias depois, o movimento chegou à Volkswagen, onde 46 mil operários decidiram parar a maior fábrica do país. Após 14 anos de ditadura militar, as lutas operárias estavam de volta (SINDMET, 2006, p. 8).

Nesse ano, 160 mil metalúrgicos paralisaram a produção, nas fábricas de São Paulo. Esse movimento dá origem ao Novo Sindicalismo, através do qual destaca-se a figura de Luís Inácio da Silva, eleito presidente do Brasil em 2002. Lula, como ficou conhecido, e as principais lideranças deste movimento participam da criação do PT - Partido dos trabalhadores, em fevereiro de 1980. Em 21 de julho de 1983, criou-se a CUT - Central Única dos Trabalhadores, na tentativa de unificar o movimento operário de esquerda em nível nacional.

Em 1987, o Sindicato dos Metalúrgicos viveu sua terceira fase, inaugurando a luta em defesa da saúde. Naquele ano, criou-se o departamento de saúde e iniciou-se a campanha pelo pagamento do adicional de insalubridade na FIAT. Essa campanha é um marco na luta em defesa da saúde dos metalúrgicos mineiros. O sindicato convidou os trabalhadores da FIAT a aderirem à luta pelo pagamento do adicional de insalubridade. Quatro mil seiscentos e sessenta e dois trabalhadores da linha de produção aderiram à ação trabalhista coletiva, impetrada pelo departamento jurídico do sindicato, que nessa época tinha um total de trabalhadores na fábrica girando em torno de doze mil, de acordo com informe da entidade. O objetivo principal da campanha era chamar a atenção do mundo sobre as péssimas condições de trabalho instaladas na montadora. A contra-ofensiva da empresa fez com que a maioria deles desistisse da ação. Os mil e duzentos trabalhadores que resistiram foram demitidos pela empresa. O sindicato mobilizou os trabalhadores, desenvolvendo um grande movimento de denúncia, tanto no Brasil como na Europa. Nesse período, a relação entre o Sindicato Brasileiro e o movimento metalúrgico italiano fez com que a CISL – Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori – fizesse uma campanha entre os trabalhadores metalúrgicos daquele país, criando um fundo de ajuda aos trabalhadores brasileiros. O dinheiro arrecadado financiou o trabalho de perícia judicial na fábrica. O perito indicado pela justiça foi pago com esse dinheiro, que financiou também a infra-estrutura necessária à construção do laudo que atestaria as condições de trabalho e os riscos ocupacionais aos quais estavam submetidos os operários.

Mil e duzentos trabalhadores foram demitidos em consequência desse movimento, que culminou em uma ação trabalhista que tramitou na justiça por quatro anos. Um acordo entre o sindicato e a FIAT, pressionada pelos dirigentes italianos, devido à repercussão das denúncias, redundou no pagamento do adicional de insalubridade a todos aqueles que não desistiram da ação.

A empresa deslanchou no mercado de automóveis no Brasil, em 1986, com o lançamento do chamado carro mundial, o UNO. Segundo Neves (1996) neste *“período percebe-se um crescimento do investimento em treinamento pessoal e aumenta também o número de empregados admitidos pela empresa”*. (p.44). Nos anos 90, a empresa investiu em equipamentos e em novas formas de gestão, aprimorando seu maquinário e o controle dos operários dentro de modernos parâmetros organizacionais: *“Em outubro de 1994, não se contentando apenas com o segundo lugar no ranking de venda de “populares”, a Fiat expressa, (...) seu desejo de liderar o mercado (...)”*. (NEVES, 1996, p. 45).

A admissão do trabalhador Pedro, que apresentamos no início deste estudo, deu-se nessa época. Esse é um período de crescimento econômico para a empresa. Ela investe, então, em modernos equipamentos de produção, com a introdução da automação e da robótica. Podemos aqui comparar o investimento humano com o investimento nas máquinas. A busca pela lucratividade das empresas deverá sempre prescindir do investimento no ser humano? É possível hoje aliar a competitividade das empresas à saúde para os trabalhadores?

Hoje, o país tem 24 diferentes montadoras, abastecidas por mais de 500 empresas de autopeças, que respondem, direta ou indiretamente, pelo emprego de 1,3 milhão de pessoas. A produção passou de 1.828.000 veículos em 2003 para 2.640.000 veículos em 2006, conforme dados recolhidos no site da Anfavea - Associação Nacional dos Fabricantes de Veículos Automotores, em 02/08/2008. Em 2008, a indústria automotiva brasileira já trabalhava em ritmo superior a três milhões de veículos por ano, com previsão de atingir 3.500.000 carros-ano até o final daquele ano, conforme encarte da Revista Autodata 222, de fevereiro de 2008.

Em Betim, no ano de 2008, o setor automotivo produziu 3100 carros/dia, formado por, aproximadamente, 100 empresas e empregando em torno de 37.000 trabalhadores. A FIAT ocupou, consecutivamente, o primeiro lugar nas vendas de automóveis. O Sindicato dos Metalúrgicos tem em sua base 41.357 trabalhadores metalúrgicos, distribuídos em 542 empresas. Dos 5000 sindicalizados, apenas 30 são da FIAT Automóveis.

A crise financeira internacional, que afetou todas as indústrias, no final de 2008, repercute na indústria automobilística, levando várias empresas no mundo à possibilidade de decretar falência. A FIAT demitiu milhares de trabalhadores e, após declaração do governo de isenção do IPI (imposto sobre produtos industrializados),

recuperou parte da produção. Segundo declaração do presidente da empresa no jornal Globo.com (11/05/2009), “*somente a produção de automóveis e comerciais leves atingirá a marca de 2,72 milhões, o que é considerado uma vitória da indústria diante da crise internacional.*” A mesma matéria publicou uma projeção de vendas no mercado brasileiro de 2,654 milhões de unidades em 2009.

O sindicato dos metalúrgicos iniciou uma pesquisa para avaliar o perfil dos trabalhadores demitidos. Avaliações parciais demonstraram um alto número de trabalhadores demitidos, apresentando problemas de saúde e em uso de medicação psiquiátrica. O resultado da pesquisa, assim como as conseqüências da crise para o trabalhador brasileiro, deverá ser objeto de outros estudos, entretanto, os resultados parciais, apresentados até o momento (Picardi, 2009), apontam para a necessidade de uma priorização da organização dos serviços de saúde para o acolhimento desses trabalhadores.

5.2 As novas tecnologias organizacionais e o adoecimento mental

A introdução das inovações tecnológicas nos setores produtivos mudou rapidamente o modo de produção e as relações de trabalho. Caracterizadas pela modernização da indústria, a partir de um conjunto de mudanças empreendidas pelas empresas, com o intuito de acompanhar as novas demandas criadas pela ideologia do consumo, elas se refletem no modo de vida e na forma de adoecimento dos trabalhadores.

A chamada *fábrica racionalizada* vem acompanhada do discurso que aponta o esgotamento dos métodos taylorista/fordista, e da necessidade de substituí-los. Essa nova proposta incorpora diversas experiências e o *modelo japonês* se apresenta como o mais relevante. Esse modelo foi desenvolvido na fábrica da Toyota pelo engenheiro Taiichi Ohno, a partir de 1945, e defendido por ser muito plástico, adaptando-se às mudanças e as condições de diversificação exigidas pelo mercado. Esse novo modelo tem, principalmente, o mérito de conseguir o comprometimento dos trabalhadores, ao difundir a idéia da co-responsabilização pelos destinos da empresa, e ao implicar cada trabalhador no resultado final do seu trabalho. No processo fabril, o trabalho de cada um está diretamente ligado ao do colega,

fazendo com que cada trabalhador não só se auto vigie, mas controle, também, os outros trabalhadores, ao seu redor. No caso apresentado, percebeu-se essa co-responsabilização, quando Pedro se preocupava em “*não pegar roia e não atrapalhar os colegas*”. Esse novo controle busca não somente a rapidez da produção, mas também a qualidade. Sobre o aproveitamento do tempo do trabalhador, Oliveira (1996), diz que:

As inovações tecnológicas resultantes da combinação produtiva da eletrônica e da informática estão viabilizando a integração e a flexibilidade das linhas de produção. A redução dos “tempos mortos” da produção, ou seja, elevação dos tempos de ocupação efetiva da maquinaria e do trabalho humano é viabilizada, agora, através de tecnologias da informação (...) (OLIVEIRA, 1996, p. 86).

As novas tecnologias organizacionais individualizam a responsabilidade sobre a qualidade dos produtos fabricados, com um nível de exigência muito superior aos estabelecidos anteriormente. É a chamada *qualidade total*.

É preciso questionar de que modo o modelo taylorista/fordista foi substituído, em parte, em tão pouco tempo pelo “modelo japonês”. Em um país como o Brasil, as inúmeras contradições sociais e econômicas aparecem de forma contundente no mundo do trabalho, principalmente em momentos de incorporação de tecnologias externas: “*realidades que categorizamos como “novas” e “velhas” convivem lado a lado de forma ousada, sem qualquer constrangimento, inclusive num mesmo chão de fábrica*” (SATO, 2003, p. 32). Como Oliveira (1996) considera-se que o modelo japonês de gestão é capaz de reverter determinadas dimensões do fordismo, principalmente a forte separação entre concepção e execução, característica deste último. Como exemplo, o *just-in-time* e os ‘Círculos de Controle de Qualidade’ (CCQ’s) que reagregam algumas tarefas antes separadas no fordismo, mas, o modelo japonês, continua organizando as tarefas segundo concepções de trabalho padronizado, não virando pelo avesso os dogmas da produção em massa.

A produção fabril passa por mudanças impactantes no mundo, como um todo. Essas mudanças decorrem de um avanço da tecnologia, propiciando novas formas de produção de bens. Os novos produtos lançados no mercado, por sua vez, transformam a vida das pessoas. Para escoar o novo montante de produção, possibilitado pelas novas tecnologias, as empresas investem em propaganda e na construção de novos valores e necessidades para as pessoas. Esse investimento na

subjetividade é feito para transformar todos os potenciais em consumidores, independentemente da idade ou condição social. Além de reforçar o culto ao consumo, investe-se na subjetividade dos trabalhadores e na cultura da individualização de desejos e atitudes. Apesar das escolhas cada vez mais massificadas, as pessoas se sentem únicas, através dos produtos consumidos e da performance no trabalho.

Em Minas, segundo Oliveira (1996), as transformações de bens seriados, iniciaram-se com mais vigor nos ramos de atividade ligados ao setor automotivo, automobilístico, e de autopeças, por se tratar de um setor relevante para a economia mineira. Ele aponta três tipos de inovação: a tecnológica, representada pela automação; a organizacional, mais especificamente, a difusão do *just-in-time*; a relacional que, para efeito de simplificação, pode ser traduzida por terceirização.

Essas mudanças têm conseqüências para a vida e a saúde dos trabalhadores, que devem se adaptar rapidamente às novas exigências:

Não são mais as intervenções manuais que estão no centro da produção, e sim, as atividades de regulação da máquina, trazendo como conseqüências uma mudança no cálculo de produtividade, não mais baseada nos gestos operários. Agora, o controle do rendimento do trabalho passa a ser efetuado mediante o controle da produtividade das máquinas (OLIVEIRA, 1996, p. 271).

As formas de controle são agora mais sutis e as mudanças na gestão do trabalho apelam para a subjetividade do trabalhador, buscando ocultar o conflito de classes. Os trabalhadores são chamados agora de *colaboradores* e o termo *peão* está cada vez mais esquecido, pois agora todos estão regidos pelo mercado e o crescimento da empresa é o crescimento de todos. Tenta-se criar um pensamento hegemônico, no qual todos supostamente têm os mesmos ideais.

Enquanto o discurso dominante quer remeter, estrategicamente, ao fim do conflito entre capital e trabalho, com o mote da colaboração entre as classes, como forma de conquista de um mundo melhor para todos, o nível de exigência direcionado aos trabalhadores é cada vez maior e aqueles que não se adaptam são descartados como sempre foram. Lima (2003) aponta que *“aumentou a carga de trabalho, devido ao maior número de máquinas e o sentimento de responsabilidade assumida é muito grande; as dificuldades atuais são maiores que antes (...)”* (LIMA, 2003, p. 161). Essas dificuldades estão ligadas a uma exigência de flexibilidade para

acompanhar a demanda que exige produtos diferenciados a cada momento. Além disso, o trabalhador passa a executar múltiplas tarefas ao mesmo tempo. Segundo Dejours “*a polivalência aumenta a tensão nervosa*” (1987, p.197).

Segundo pesquisa realizada por Lima (2003), visando explicitar os impactos psicossociais das inovações tecnológicas introduzidas no setor automotivo, vários outros fatores patogênicos passaram a fazer parte do mundo do trabalho ou, se já existentes, foram exacerbados pela reestruturação produtiva, mudando o tipo de desgaste e o padrão de adoecimento dos trabalhadores.

Os estudos e discussões, apresentados até aqui, têm o objetivo de trazer uma compreensão mais aprofundada dos aspectos psicossociais, econômicos e políticos nos quais os trabalhadores estão inseridos, assim como a sua construção histórica, visando possibilitar uma análise contextualizada dos resultados das entrevistas apresentados a seguir.

6 PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa é de caráter exploratório, descritivo e analítico, quanto aos seus objetivos. Quanto aos procedimentos, ela compreende, pesquisa documental utilizando estudos sobre a legislação em saúde do trabalhador e pesquisa de campo, utilizando entrevistas semi-estruturadas e abertas.

1) Pesquisa documental:

a) Realizada a partir da Legislação em Saúde no Brasil, com o objetivo de conhecer as atuais diretrizes das políticas públicas da Saúde do Trabalhador, no âmbito federal, estadual e municipal.

B1) Entrevistas semi-estruturadas nas entidades e instituições que legalmente estão envolvidas na assistência, prevenção, vigilância e no controle social da saúde do trabalhador:

- Instituições públicas que atendem os trabalhadores: Cerest's (Centro Estadual e Regional de Referência em Saúde do Trabalhador), instituições em saúde mental do município, Programa de Saúde da Família.
- Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, Igarapé e São Joaquim de Bicas;
- Associação dos aposentados de Betim;
- SESMT (Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho);
- Clínicas conveniadas com as empresas do setor automotivo;
- Médicos e psicólogos, conveniados com o sindicato dos Metalúrgicos de Betim, Igarapé e São Joaquim de Bicas.

Nessa etapa da pesquisa é observado o papel desempenhado pelo psicólogo nesses serviços.

B2) Entrevistas focais, realizadas com os trabalhadores do setor automotivo, aposentados, licenciados ou demitidos das montadoras, com diagnóstico de adoecimento psíquico. Elas têm como objetivo, conhecer a trajetória dos trabalhadores, a partir do momento em que adoecem, passando pelo processo de afastamento da empresa. Busca-se conhecer, após o afastamento, as formas de

acolhimento e assistência à que eles têm acesso e como os mecanismos institucionais facilitam ou dificultam sua recuperação e retorno ao mundo laboral.

A amostra conta com 07 (sete) trabalhadores, escolhida aleatoriamente, através de indicação das entidades ou de outros trabalhadores.

É utilizada, como método de análise das entrevistas, a análise de conteúdo (Bardin, 1977). No cruzamento das pesquisas documental e qualitativa, espera-se ter um retrato de como os trabalhadores do setor automotivo, acometidos pelo adoecimento psíquico, movimentam-se pelas diversas instituições sociais e como o saber da psicologia se insere nesse processo.

6.1 Análise preliminar das entrevistas: O SUS e a responsabilização com a saúde do trabalhador: análise do discurso legal e do institucional

6.1.1 O discurso legal

A legislação em saúde, chamada aqui por *discurso legal*, compreende as leis que regem o campo da saúde pública no Brasil, normatizada pela Constituição Federal (promulgada em 05 de outubro de 1988), que declara “a saúde como um direito de todos e dever do Estado” (artigo 199). Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde estão dispostos na Constituição Federal, nos quais se insere a Saúde do Trabalhador.

Os documentos pesquisados foram:

- O capítulo da Constituição Federal que trata da Seguridade Social (Título VII, capítulo II);
- As Leis Orgânicas da Saúde:
Lei 8.80 (19 de setembro de 1990);
Lei 8.142 (28 de dezembro de 1990).
- Portaria nº 4.052 (23/12/98): Notificação de ocorrência de Agravos do Trabalho;
- Portaria nº 1.339/GM (18/11/99): publica a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho;

- Portaria nº 1.679, (19/11/2002), que trata da implantação da RENAST;
- Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST (01/07/98).
- Norma Operacional de Saúde do Trabalhador – NOST- SUS (20/09/2002).
- Deliberações das Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador:
 - 1ª CNST – Brasília, 1 a 5 de dezembro de 1986;
 - 2ª CNST – Brasília, 13 a 16 de março de 1994;
 - 3ª CNST – Brasília, 9 a 12 de novembro de 2005.

Como já discutido no capítulo 3, deste estudo, a Saúde do Trabalhador, é um campo novo de atuação, regulamentada por uma legislação específica e normatizada dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde. Em relação às práticas do serviço, a portaria de nº 1.679, de 19 de setembro de 2002 é fundamental para a operacionalização dos serviços, pois, *“dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências”*. (Brasil, 2005, p. 114). Essa Lei institui a RENAST (Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador), definindo, entre outras coisas, que a Saúde do Trabalhador deve ser organizada de acordo com as demais ações de saúde. Estas deveriam capacitar as equipes do PSF (Programa Saúde da Família) e da atenção básica para a execução de ações em saúde do trabalhador. A porta de entrada dos usuários, com doenças e agravos advindos das condições de trabalho, passa a ser a Unidade Básica e as equipes do PSF, passam a ser responsáveis pelo tratamento, notificação e encaminhamentos necessários. A lei define, ainda, que o controle social da RENAST se dará através da participação dos trabalhadores urbanos e rurais, por meio das instâncias de controle social do SUS. No anexo dois dessa portaria estão descritas as atribuições destes serviços, da seguinte forma:

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador devem ser compreendidos como pólos irradiadores, no âmbito de um determinado território, da cultura especializada subentendida na relação do processo de trabalho/processo saúde/doença, assumindo a função de suporte técnico e científico deste campo do conhecimento. Suas atividades só fazem sentido se articuladas aos demais serviços da rede do SUS, orientando-os e fornecendo retaguarda nas suas práticas, de forma que os agravos à saúde relacionados ao trabalho possam ser atendidos em todos os níveis de atenção do SUS, de forma integral e hierarquizada. Em nenhuma hipótese, os CRST poderão assumir atividades que o caracterizam como porta de entrada do sistema de atenção. (BRASIL, 2005a, p. 121).

Essa portaria diferencia as atribuições do Cerest estadual e do Regional, sendo importante ressaltar a prerrogativa do Estado em desenvolver pesquisas na área do trabalhador e do meio ambiente. Ambos devem participar de treinamento e capacitação de profissionais relacionados ao campo de saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção. O Regional deve: dar suporte técnico especializado para a rede de serviços efetuar o atendimento, nos casos suspeitos de doenças relacionadas ao trabalho; efetuar o diagnóstico e o tratamento das doenças relacionadas ao trabalho, o que inclui realização de exames complementares, podendo incluir vistorias sanitárias aos locais de trabalho. Os recursos humanos dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, *“deverão ser dimensionados e pactuados na Comissão Intergestores Bipartite, tendo como parâmetros mínimos de composição, considerando a carga horária mínima de 20 horas”* (BRASIL, 2005b, p. 125). O CEREST Regional de Betim e o CEREST estadual de Minas Gerais têm a seguinte equipe mínima:

CEREST Regional: Pelo menos 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 1 profissional de nível médio, com capacitação em saúde do trabalhador, e 3 profissionais de nível superior, com formação em saúde do trabalhador.

CEREST Estadual: 2 médicos e 1 enfermeiro com formação em saúde do trabalhador, 1 auxiliar de enfermagem, 3 profissionais de nível médio e 5 profissionais de nível superior, com formação em saúde do trabalhador.

Os recursos humanos de nível médio poderão ser escolhidos entre os seguintes profissionais: auxiliar de enfermagem, técnico em higiene e segurança do trabalho, auxiliar administrativo, arquivista.

Os profissionais de nível superior, entre os seguintes: médico generalista, médico do trabalho, especialistas, sanitaristas, enfermeiro, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecólogo, biólogo, terapeuta ocupacional e advogado.

6.1.2 O discurso institucional: entrevistas com entidades públicas responsáveis especificamente pela Saúde do Trabalhador

CREST-MG (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Minas Gerais)

CEREST-Betim (Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador de Betim).

As entrevistas foram realizadas a partir de questionário semi-estruturado contendo quatro questões abertas. O Objetivo é explicitar a forma como os trabalhadores com sofrimento psíquico são acolhidos e tratados pela instituição e qual o encaminhamento dado às questões apresentadas por eles.

1) Como os trabalhadores chegam até a entidade?

CEREST-MG:

63%: através das Unidades básicas de saúde, Hospital das Clínicas, parte muito pequena das empresas e INSS;

12% : sindicatos;

25% : demanda espontânea.

CEREST-Betim:

A maioria chega por demanda espontânea. Os pacientes encaminhados vêm através de sindicatos, pelo controle social (Conselho de Saúde), pela Coordenação de Vigilância à Saúde ou Coordenadoria de Saúde, pela Delegacia do Trabalho. Os encaminhamentos da rede básica ainda são poucos e só passaram a acontecer após a divulgação da Renast, em 2007, com o intuito de desenvolvimento de estratégias de organização dos serviços de saúde dos trabalhadores, de acordo com as prerrogativas do SUS.

Análise do item 1: No CEREST Estadual, a maioria dos pacientes chega através das Unidades Básicas de Saúde. De acordo com a legislação, esses usuários deveriam ser encaminhados para as unidades regionais, ficando o CEREST Estadual com a responsabilidade de *participar, no âmbito de cada estado, do treinamento e capacitação de profissionais relacionados com o desenvolvimento de ações no campo da saúde do trabalhador, em todos os níveis de atenção* (Brasil, 2005, p. 123).

No CEREST Regional, os usuários chegam através de demanda espontânea. O CEREST Regional de Betim deveria receber os usuários encaminhados das

Unidades Básicas de Saúde, porta de entrada do SUS, entretanto estes encaminhamentos ainda são uma minoria. O serviço iniciou, em 2007, ações no sentido de divulgar e inserir a Saúde do Trabalhador na rede. Segundo a Referência Técnica do CEREST Betim, *“nós começamos a divulgação da RENAST ano passado (2007), e tem aumentado o encaminhamento da rede básica, mas é muito pouco ainda. A gente quer chegar num nível em que todos os pacientes nossos sejam encaminhados pela rede básica.”*

Os sindicatos têm participação significativa nos encaminhamentos para ambos os serviços.

2) Como os trabalhadores são atendidos em geral (por quais profissionais)? Qual o fluxo dos trabalhadores com diagnóstico de adoecimento mental?

Acolhimento:

CEREST-MG:

Os trabalhadores são acolhidos por profissionais médicos. Estes médicos são, em sua maioria, residentes do curso de medicina do trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Se o usuário já vem com encaminhamento, ele é agendado para consulta, sem necessidade de ser acolhido. No acolhimento, verifica-se o nexo do adoecimento com o trabalho e fazem-se os encaminhamentos necessários. Os trabalhadores com diagnóstico de adoecimento mental são acolhidos do mesmo modo.

Atualmente o acolhimento é feito pelo médico, que pode ser o médico do serviço ou o médico da casa, que é contratado, que é professor, o médico do HC (Hospital das Clínicas) ou o médico residente. A maior parte do acolhimento é feita por médico residente. No acolhimento, ele faz uma anamnese clínica e ocupacional sumária, lê os exames ou os encaminhamentos que o trabalhador possa ter e ele verifica se existe algum elemento que fundamenta o nexo com o trabalho. E com base nisso, ele decide se o trabalhador deve ser atendido ou não. Em caso de dúvida, o trabalhador é atendido. Muitas vezes o trabalhador não vem em busca de uma assistência de natureza médica, o que ele quer é uma orientação previdenciária, uma orientação trabalhista. Ele precisa de uma orientação de uma assistente social e precisa de um medicamento. Nesse caso, a idéia é que a gente tem que fazer o possível pra ele ser atendido, então, se ele vier aqui porque ele tem uma demanda trabalhista, de orientação, se o médico acha que dá conta, ele já dá essa orientação nesse momento. Se não, ele encaminha pro serviço social, encaminha pro Ministério do Trabalho ou para o INSS. Isto quer dizer que se o caso não é de doença relacionada ao trabalho e o caso pode ser resolvido aqui, a gente procura, já nesse

momento do acolhimento, ou resolver ou encaminhar pra quem pode resolver. (Coordenadora do Serviço).

CEREST-Betim:

O acolhimento é feito pelo enfermeiro do trabalho, assistente social ou por qualquer outro profissional: *“No momento estamos descentralizando as ações de acolhimento”*. Os trabalhadores com diagnóstico de adoecimento mental são acolhidos do mesmo modo.

Nós temos dois médicos do trabalho, duas enfermeiras do trabalho, um assistente social, duas fisioterapeutas, duas fonoaudiólogas que fazem a carga horária de quatro, pois fazem o dia inteiro, duas TO's (terapeuta ocupacional), um engenheiro de segurança do trabalho, uma auxiliar de enfermagem e três auxiliares administrativos, o gerente e o auxiliar de limpeza. Desde o ano de 2005, nós pedimos em 2006, a gente pediu uma psicóloga. A gente pediu uma psicóloga, na época, como ainda não tinha essa previsão do concurso, a gente fez uma parceria com o SAIT. Quando tem necessidade da gente encaminhar para a psicologia, a gente encaminha pro SAIT (Serviço de Atendimento Integral ao Trabalhador da PUC Betim). Só que a gente começou a ter algumas dificuldades, por exemplo, tem trabalhador que precisa de um tratamento mais longo, volta a trabalhar, mas precisa de um acompanhamento psicológico nesse retorno e tem aquela questão da troca de seis em seis meses, troca o psicólogo estagiário, interrompe o tratamento. Na rede é mais difícil. (Referência Técnica do Serviço)

Análise do item 2: Não existe diferença no acolhimento dos pacientes com diagnóstico de adoecimento físico ou mental. No CEREST-MG só o médico faz o acolhimento, no CEREST ele é feito por equipe multidisciplinar. No CEREST-MG há interlocução com uma profissional psicanalista, mas ela não faz parte da equipe e não contribui para a definição donexo causal da doença. No CEREST-Betim não há interlocução com profissional da psicologia, na definição da conduta do caso. A rede de atendimento público em saúde mental não tem uma interlocução formal com os serviços de atendimento aos trabalhadores.

3) Qual o papel do psicólogo no atendimento aos trabalhadores?

CEREST-MG: O complexo do Hospital das clínicas tem o profissional da psicologia, mas não tem o profissional no CEREST, inserido na equipe:

O acesso ao serviço de psicologia do hospital é mais complexo (que as demais especialidades), e aí a gente tende a encaminhar pra rede, mas está

previsto na norma que deve ser no centro de referência, que ele tem que ter uma atenção à saúde mental (...). (Coordenadora do Serviço).

CEREST-Betim:

Não tem o profissional inserido na equipe do CEREST. Encaminha para o SAIT (Serviço de Atendimento Integral ao Trabalhador da PUC Betim) e para a Saúde Mental do Município.

Desde o ano de 2005, nós estamos pedindo, em 2006 a gente pediu, de novo, uma psicóloga. A gente pediu uma psicóloga, na época como ainda não tinha essa previsão do concurso, a gente fez uma parceria com o SAIT, pela necessidade da gente encaminhar mesmo. (Referência Técnica em Saúde do Trabalhador da Regional Betim)

Análise do item 3: Os serviços não contam com a participação do psicólogo, apesar de ambas as coordenadoras avaliarem a necessidade da incorporação deste profissional na equipe e sua importância na definição do nexo do adoecimento mental com o trabalho. A contratação do psicólogo para a equipe dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador está prevista pela Norma que institui a criação do Serviço, mas não é obrigatória, dependendo assim, da vontade política dos gestores do Sistema de Saúde.

4) Em que casos os trabalhadores são encaminhados para outras entidades e como se dá este encaminhamento?

CEREST-MG:

- Quando o adoecimento não tem nexo com o trabalho;
- Depois de comprovado o nexo do adoecimento com o trabalho, faz-se os relatórios e encaminhamentos necessários. Posteriormente ele é encaminhado para a rede para dar continuidade ao tratamento;
- Interconsultas (especialidades): no complexo ambulatorial do Hospital das Clínicas;
- Adoecimento mental: urgências são encaminhadas para psiquiatria do Hospital das Clínicas (HC); tratamentos encaminhados para a rede, no serviço do município de origem; no caso de verificação do nexo do adoecimento mental com o

trabalho, por parte dos médicos, eles encaminham para uma professora que faz uma avaliação, com base na psicanálise, e orienta sobre a condução do caso.

CEREST-Betim:

- Depois de comprovado o nexo do adoecimento com o trabalho, faz-se os relatórios e encaminhamentos necessários e encaminha para a rede, para dar continuidade ao tratamento;
- Às vezes, antes de terminar o tratamento ou definir o estabelecimento do nexo, o CEREST encaminha para tratamento na rede, pois existe uma demora muito grande, devido à dificuldade das interconsultas com os especialistas. Nesse caso, o trabalhador é encaminhado, mas continua em tratamento no CEREST;
- Saúde mental: os casos graves são encaminhados para a rede, outros casos, quando possível, para o SAIT (Serviço de Atendimento Integral ao Trabalhador da PUC Betim).

Existe uma dificuldade na comunicação entre os profissionais do CEREST e os profissionais da psicologia. Essa dificuldade aparece tanto em uma entrevista, como em outra. As duas coordenadoras afirmam a importância de o psicólogo fazer parte da equipe do CEREST e participar da discussão dos casos.

A alternativa seria a gente ter o psicólogo na equipe para discutir todos os casos, não só esses que já vêm com a demanda específica de adoecimento mental relacionado ao trabalho, mas todos os outros casos em que o sofrimento mental faz parte do quadro, mas a gente não tem essa possibilidade, porque não teve concurso para psicólogo, e a gente tem que trabalhar com o psicólogo do serviço de psicologia do hospital, ou, como na maioria das vezes, com psicólogo da rede. Que não é o ideal, porque a interlocução com o esse psicólogo é difícil, nem sempre que você liga na unidade consegue conversar com ele, muitas vezes eles não fazem os relatórios que a gente solicita que encaminhe pra gente (Coordenadora do CEREST Estadual).

O ideal mesmo seria a gente ter uma psicóloga com formação no trabalho, pra ajudar a equipe mesmo, nas questões do adoecimento mental relacionado ao trabalho. Mas às vezes, por outra patologia, aquele paciente

desenvolve o adoecimento mental, e necessita de um acompanhamento ou de uma orientação ou de um encaminhamento mais adequado, dentro da rede, e isso é a gente que saberia informar. Isso é uma demanda nossa mesmo. (Referência Técnica do CEREST Betim).

Análise do item 4: O encaminhamento para outros serviços acontece com dificuldade em ambos os CEREST's, sendo que a maior dificuldade encontrada é em relação aos pacientes com adoecimento mental. Eles têm dificuldade em circular pela rede de atendimento do SUS. Os psicólogos não participam das discussões relativas ao nexo causal entre adoecimento mental e trabalho e não encaminham a contra-referência ou os relatórios solicitados.

4.1) De que forma os usuários são encaminhados?

Formulário de referência/contra-referência

CREST-MG: Sempre encaminha através de guia de referência e solicita contra-referência⁶. Grande dificuldade com os profissionais da psicologia que não contra-referenciam os pacientes.

CEREST-Betim: Os usuários são encaminhados para a rede sempre através de guia de referência. Quando recebidos através da guia de referência, eles atendem e contra-referenciam para a rede. Os trabalhadores referenciados pelo CEREST nem sempre retornam com a guia de contra-referência preenchida.

Por telefone:

CEREST-MG: Não.

CEREST-Betim: Alguns sindicatos encaminham via telefone.

Via relatório profissional:

CEREST-MG: O relatório acompanha a guia de referência.

CEREST-Betim: Não.

Por outra via (descrever):

CEREST-MG: Para outros serviços, o usuário é encaminhado por formulário próprio.

⁶ Contra-referência, nos serviços públicos de saúde, significa a resposta dada através de formulário à uma solicitação de outro profissional ou serviço, encaminhada também através de formulário próprio chamado de Referência.

CEREST-Betim – Para alguns serviços como Delegacia Regional do Trabalho (DRT), Justiça do Trabalho, etc, o trabalhador é encaminhado através de uma via onde se coloca apenas o local, endereço e horário. É solicitado a ele mesmo que dê o retorno para o serviço.

Análise do item 5: O CEREST-MG tem instrumentos padronizados para o encaminhamento dos usuários atendidos. O CEREST regional tem os instrumentos padronizados para o atendimento dentro da rede somente.

Análise geral:

Nota-se que, apesar de a portaria que regulamenta os CEREST's estabelecer que, *“em nenhuma hipótese, os CEREST's poderão assumir atividades que o caracterizam como porta de entrada do sistema de atenção”*, eles continuam sendo a porta de entrada para a maioria dos usuários em Betim e para 12% no Cerest Estadual. Essa atuação é necessária para suprir a lacuna existente no atendimento a trabalhadores que procuram a rede básica de atendimento, e explicita as dificuldades na construção do SUS, apesar de os profissionais responsáveis pelo serviço definirem a capacitação e a interlocução com a rede básica, como fundamental para se construir uma atenção integral à saúde do trabalhador, implementando ações nesse sentido. A unidade básica ainda não é reconhecida como porta de entrada para os trabalhadores que adoecem em consequência do seu trabalho. Na maioria dos casos, a comunicação entre os serviços ainda é difícil, principalmente, com os profissionais da saúde mental, dificultando o estabelecimento do nexo causal entre a doença e o trabalho.

Verifica-se a possibilidade legal de se contratar o psicólogo, mas isso não acontece, apesar de as coordenadoras dos serviços de saúde do trabalhador, reconhecerem a necessidade deste profissional e serem favoráveis à sua inserção na equipe. Podemos notar uma ausência da psicologia, quando se trata da discussão do adoecimento mental relacionado ao trabalho, nos serviços públicos. O psicólogo não participa da discussão sobre o nexo da doença com o trabalho, não elabora os relatórios demandados, não contra-referencia os usuários, não participa da elaboração de procedimentos técnicos nem da capacitação dos profissionais da rede.

Problemas em relação à gestão dos serviços são observados, por não se perceber a importância da lotação do psicólogo nas equipes de saúde mental. Ressaltam-se também as questões relacionadas à formação do psicólogo, que aparece como tendo dificuldades em interagir com as demais equipes de trabalho e com os vários níveis de complexidade do SUS.

6.2 Análise categorial

Conforme sugere Bardin (1977, p. 32), *“não existe pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base, dificilmente transponíveis. A técnica adequada ao domínio e ao objetivo pretendido tem de ser reinventada a cada momento...”*. As análises realizadas nesta pesquisa seguiram as orientações básicas de Bardin (1977), seguindo o modelo proposto: pré-análise; exploração do material e o tratamento dos resultados. Após a coleta dos dados, as entrevistas com as instituições, profissionais de saúde e trabalhadores do setor automotivo foram transcritas e as categorias a serem analisadas foram selecionadas, direcionando a segunda escuta-leitura das entrevistas. A partir de então, as análises foram realizadas de forma diversa:

1. As entrevistas com as instituições e profissionais de saúde foram avaliadas seguindo um roteiro elaborado com essa finalidade. Todos os entrevistados fizeram comentários sobre cada item, no início ou ao final da entrevista. Ficou demonstrado que o tema pesquisado mobiliza a maioria dos entrevistados, pois todos deram informações para além dos dados solicitados, se mostrando afetados emocionalmente durante a entrevista. Demonstrações como indignação e angústia frente às condições atuais encontradas por eles, para tratar os trabalhadores metalúrgicos com adoecimento mental foram comuns. Em relação à análise das falas, optou-se por não sistematizá-las, como realizado no item anterior (entrevista com os CEREST's). As entidades e profissionais de saúde entrevistados, nesta etapa da pesquisa, tinham características diferentes, não justificando analisá-las conjuntamente. O cruzamento das falas não se justificava de forma isolada. Optou-se, então, por fazer a avaliação das respostas e comentários frente ao percurso dos trabalhadores do setor automotivo, ou seja, às entrevistas com os

trabalhadores. Dessa forma, a pesquisa com as entidades foi usada para explicar o tortuoso percurso dos trabalhadores e os entraves ao seu deslocamento no sistema de saúde.

6.2.1 As entidades e instituições:

As entidades/instituições pesquisadas foram selecionadas a partir da sua importância para a saúde do trabalhador, conforme a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e envolve tanto as responsáveis pela vigilância e assistência, assim como o controle social. As entrevistas com essas entidades foram realizadas mediante um roteiro estruturado de questões, às quais os entrevistados responderam livremente. O conteúdo dessas entrevistas foi analisado e cruzado com as respostas dos trabalhadores do setor automotivo. Seguem-se os nomes das entidades e a função que os entrevistados ocupam em cada uma delas:

- Instituições públicas que atendem aos trabalhadores:
 - Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST Estadual) – Coordenadora do Serviço;
 - Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST Regional Betim) –Referência Técnica do Serviço;
 - Instituição de saúde mental do município (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) – Gerente de Serviço de Saúde
 - Programa de Saúde da Família (PSF) – médica do trabalho;
- Instituições privadas de atendimento aos trabalhadores :
 - SESMT (Serviço de engenharia de segurança e medicina do trabalho) – médico do trabalho e técnica do setor administrativo;
 - Clínica conveniada com as empresas do setor automotivo – psiquiatra;
 - Clínicas conveniadas com as entidades que representam os trabalhadores – médico do trabalho e psicóloga;

- Entidades Representativas dos trabalhadores:
 - Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, Igarapé e São Joaquim de Bicas - diretor responsável pelo departamento de saúde da entidade;
 - Associação dos aposentados de Betim – presidente da entidade;
- Serviço de Atendimento Integrado ao Trabalhador (SAIT) – Serviço de atendimento psicológico ao trabalhador, no quadro das atividades da PUC Minas – professor coordenador do Programa.

6.2.2 Os trabalhadores do setor automotivo afastado da fábrica devido ao adoecimento psíquico:

O material, elaborado a partir da entrevista com os metalúrgicos, foi trabalhado para que as categorias pudessem emergir, dando início ao segundo momento. Foi com base no percurso que as nove categorias relacionadas abaixo foram escolhidas. São elas:

- Atendimento (locais que o trabalhador procurou, no início do adoecimento psíquico – serviços médicos e previdenciários –, entidades como sindicato, universidades, etc.).
- Encaminhamento (após o atendimento para onde o trabalhador foi encaminhado, quando necessário);
- Adoecimento (diagnósticos recebidos).
- Sentimentos (descritos pelo trabalhador nessa trajetória).
- Sofrimento (descrição das queixas apresentadas pelos trabalhadores, no quadro de uma anamnese clínica).
- Afastamento (os afastamentos médicos recebidos desde a constatação do adoecimento psíquico).
- Psicologia/psicólogo (encaminhamentos/ atendimentos psicológicos).

- Apoio/direitos sociais (apoios recebidos pela empresa, sindicato, serviços públicos e outros. Resultados de perícias, reabilitação, auxílio doença ou auxílio acidentário, etc).
- Situação trabalhista (se o trabalhador está afastado, aposentado, desempregado ou se retornou ao mercado de trabalho -formal ou informal- após o afastamento da fábrica).

As categorias foram, então, separadas e analisadas em cada entrevista. Passou-se então a fazer uma análise coletiva, em que as respostas foram avaliadas conjuntamente, com destaque para aquelas que se repetiam nas diversas entrevistas, ou apareciam de forma relevante, no sentido de responder à questão que orientou esta pesquisa, ou seja: *“qual o percurso enfrentado pelos trabalhadores do setor automotivo da cidade de Betim (MG), afastados da sua função laboral, em consequência de adoecimento psíquico?”*.

A divisão exaustiva das categorias visou facilitar a análise das entrevistas, explicitando o percurso dos trabalhadores, os facilitadores e dificultadores encontrados nessa trajetória. Através da análise qualitativa se fez a inferência das informações e interpretações dos resultados, buscando demonstrar os mecanismos sociais aos quais os trabalhadores tiveram acesso.

Os sete trabalhadores escolhidos por indicação das entidades, profissionais de saúde ou outros metalúrgicos tinham as seguintes características:

T1: Motorista de teste, 43 anos, casado, três filhos menores. Foi dispensado após trabalhar 18 anos na mesma empresa. A dispensa se deu durante uma crise nervosa. Após a demissão, foi levado ao posto de saúde pela esposa e encaminhado para hospital psiquiátrico, onde iniciou tratamento. O sindicato conseguiu um acordo com a empresa revertendo a dispensa para demissão

T2: Operador de processo industrial. 37 anos, solteiro. Dispensado após 8 anos e meio na empresa. Após ser liberado pela perícia médica do INSS não conseguiu retornar à empresa. Acordava todos os dias para ir à fábrica, mas não conseguia chegar até lá, apresentando uma fobia específica à empresa e ao produto por ela fabricado.

T3: Almoxarife: Abastecimento de linhas de produção. 34 anos, casado, uma filha menor. Foi dispensado após um ano de trabalho. Os distúrbios apresentados iniciaram após um assalto ao ônibus da empresa, durante retorno para casa.

T4: Ajudante de produção. 56 anos, casado. Dois filhos maiores. Foi dispensado após trabalhar 20 anos na empresa. Apresenta quadro de demência. Há suspeita de a doença ser decorrente de intoxicação crônica, devido ao contato com os produtos químicos manipulados durante todo o tempo em que permaneceu na empresa.

T5: Serralheiro Industrial, 34 anos, casado, uma filha menor. Dispensado após um ano e meio de trabalho. Ao retornar de licença médica devido a ferimentos decorrente de acidente na fábrica foi colocado em outro setor. Não se adaptando a este trabalho iniciou crises de ansiedade. Após uma discussão com o chefe foi dispensado.

T6: Expedição de material para a produção. 39 anos, solteiro. Quatro anos e meio na empresa. Trabalho noturno. Iniciou com insônia e após um período apresentando déficit de sono, desenvolve outros sintomas, agravado devido à erro no trabalho e as consequências deste. Demitido em tratamento psiquiátrico.

T7: Operador de processo industrial: 43 anos, casado, três filhos menores. 19 anos no setor automotivo. Segurado pelo INSS, recebe o benefício por auxílio saúde previdenciário, há três meses. Este é o quinto afastamento nos últimos dois anos. Os sintomas iniciaram após 12 anos de trabalho, em turno de revezamento, se agravando lentamente.

6.2.3 O cruzamento dos discursos

Como propõe esta pesquisa, a última análise se deu a partir do cruzamento do discurso dos trabalhadores, das entidades e do discurso legal (a legislação). As categorias “sentimentos” e “sofrimentos” serão apresentadas pela sua importância

em direcionar os passos dos trabalhadores, mas não serão analisadas em profundidade e separadamente. A busca de compreensão do percurso do trabalhador foi investigada através da sua fala e dos documentos apresentados, aos quais foram associadas às respostas dadas pelos representantes entidades/instituições sobre cada tema, comparadas à legislação em saúde.

O início da análise traz a categoria *atendimento*, ou seja, o serviço de saúde onde o trabalhador foi atendido pela primeira vez e, posteriormente, os encaminhamentos dados por cada profissional. O primeiro atendimento devido a queixas relacionadas ao sofrimento mental se deu antes da demissão, nos seguintes serviços (cada trabalhador será nomeado pela letra T seguida de um número).

T1 - Um atendimento, com médico do convênio da empresa;

T2 - Tratamento de um ano, com médico do convênio, antes do primeiro afastamento;

T3 - Atendimento médico durante alguns meses, através de convênio próprio;

T4 - Um atendimento, com médico do convênio da empresa;

T5 - Atendimento com médico do convênio da empresa, por dois meses;

T6 - Atendimento com médico do convênio da empresa, por alguns meses;

T7 - Atendimento com médico do convênio da empresa. Além disso, faz tratamento psiquiátrico há dois anos.

Discussão:

Grande parte dos trabalhadores do setor automotivo tem assistência médica prestada pela empresa, através de convênios ou, como acontece na principal fábrica do setor, também por uma fundação de saúde vinculada a ela. As empresas terceirizadas de menor porte não oferecem assistência. Seus trabalhadores são atendidos principalmente pelo convênio médico/psicológico do Sindicato ou pelo SUS.

Na entrevista realizada com a coordenadora do CEREST Regional, ficou clara a proposta de capacitar toda a rede de saúde. Entretanto, os trabalhadores, sujeitos desta pesquisa, que iniciaram seu tratamento antes da demissão ou dispensa, fizeram suas consultas através dos serviços oferecidos pela empresa ou por convênio, o que continuou a ser feito até a saída da fábrica. Ficou clara a necessidade de o Serviço de Saúde do Trabalhador Regional e Estadual pensar políticas que abranjam este setor da saúde. A orientação, capacitação e fiscalização

destes serviços são prerrogativas do SUS, descritas na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990). Em seu Capítulo I, Artigo 6, ela define que as ações de vigilância sanitária, de vigilância epidemiológica, de saúde do trabalhador e de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, *“estão incluídas no campo de atuação do Sistema Único da Saúde (SUS)”*. E mais especificamente, no parágrafo terceiro, ao definir que a saúde do trabalhador abrange *“a participação na normalização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas”*. (BRASIL, 2005, p. 40).

Aqui, pode-se argumentar que os serviços médicos e outros da rede conveniada não são, necessariamente, serviços de saúde do trabalhador. Entretanto, se na rede pública, a RENAST orienta que a educação em saúde do trabalhador deve se iniciar no PSF e na unidade básica, porta de entrada dos serviços, na rede conveniada de atendimento, não poderia ser diferente. Para os trabalhadores, usuários dos serviços de saúde oferecidos pelas empresas, a clínica/consultório médico conveniado é a porta de entrada. A lógica da prevenção, promoção e recuperação deverá ser a mesma da rede pública de atenção. É importante pontuar que algumas empresas não aceitam relatórios e atestados de saúde que não sejam dos serviços ligados a ela, inclusive os relatórios do SUS e que, após o afastamento da empresa, todos os entrevistados passaram a buscar atendimento no SUS.

Para que o CEREST da micro-região de Betim cumpra de fato o papel de pólo irradiador da política pública de saúde do trabalhador, é importante que suas ações se estendam para os serviços da rede conveniada com as empresas. Com uma estimativa populacional de 415 mil habitantes, Betim tem hoje 40.000 metalúrgicos, segundo dados fornecidos pelo sindicato dos metalúrgicos. Sendo assim, as políticas voltadas para este setor, intervindo na capacitação dos profissionais e fiscalizando as atividades desenvolvidas pelos serviços, são plenamente justificadas.

Relacionaremos, a seguir, os encaminhamentos dados por cada profissional de saúde. Os serviços estão interligados por seta, indicando os encaminhamentos.

T1 – Um dia após demissão:

Convênio da empresa: Médico Clínico ambulatorial > hospital psiquiátrico > tratamento ambulatorial.

Sindicato > psiquiatra e psicólogo (consulta paga em parte pelo sindicato).

Família transfere atendimento psiquiátrico para o CAPS e continua com atendimento psicológico, pelo convênio do sindicato.

Perícia do INSS > solicitação de eletroencefalograma para comprovar doença (diagnóstico: esquizofrenia paranóide).

T2 – Serviço de saúde da empresa: médico clínico > psiquiatra do convênio da empresa.

T3 – Convênio próprio: Médico clínico > psiquiatra > internação em hospital psiquiátrico > acompanhamento psiquiátrico (ambulatorial) e psicológico.

T4 – Após demissão:

Sindicato > CEREST Regional de Betim

SUS: médico do posto de saúde > neurologia do SUS Betim (não conseguiu agendamento).

Sindicato > psicóloga do trabalho > CEREST Estadual > Neurologia do complexo do Hospital das Clínicas (SUS BH).

T5 – Convênio da empresa: médico clínico > psiquiatra

T6 - Convênio da empresa: médico clínico > psiquiatra

Psicólogo particular

T7 - Convênio da empresa: Médico clínico > psiquiatra

Discussão:

Todos iniciaram o tratamento medicamentoso com o clínico que, não percebendo melhora, encaminhou para o psiquiatra. Alguns melhoraram por algum tempo, tendo o quadro se agravado posteriormente. Ressalta-se aqui que, se a organização do trabalho aparecia como determinante do adoecimento, não permitindo ao trabalhador a mudança de setor, mantinha-o exposto ao agente causador, o que poderia explicar a piora nos sintomas apresentados.

O posicionamento dos profissionais do SESMT suscita várias discussões entre os atores envolvidos na saúde do trabalhador. Em relação aos trabalhadores pesquisados, verificamos que, no momento da demissão, dois deles passaram pelo exame demissional. O exame atestou o bom estado de saúde do trabalhador, naquele momento, possibilitando a demissão. Quatro trabalhadores não passaram pelo exame demissional, pois o exame periódico estava em dia. Os trabalhadores que portavam relatório, associando o adoecimento ao trabalho (estresse) não tiveram a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) preenchida.

Fica claro, nas entrevistas, que geralmente o trabalhador com adoecimento mental chega até o SESMT, quando o atestado médico ultrapassa os 15 dias de afastamento e, dificilmente, em outros casos:

Quando ele vai para a rede credenciada, ele geralmente passa para a gente, ele vem porque precisou de um afastamento maior e o médico do trabalho vai olhar, ou até quando ultrapassa os 15 dias, ele vai ser encaminhado para buscar o benefício do INSS, uma psicose, que é uma doença de caráter mais grave, uma doença endógena, de caráter familiar, que é uma doença mais grave e ele vai precisar de um tratamento mais longo e afastar pelo INSS, e aí o médico do trabalho vai tomar conhecimento e vai ver se ele pode ser reinserido, antes de ir para o INSS, ou não. (Médico do SESMT).

De acordo com a portaria n. 3.214, de 08 de junho de 1978, através da Norma Regulamentadora NR-4, artigo 162 da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, as empresas públicas e privadas, que possuam mais de 50 empregados regidos pela CLT, são obrigadas a organizar e manter o SESMT (Serviço Especializado em engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho) com o objetivo de promover a saúde e a integridade do trabalhador no local de trabalho. Segundo o manual de procedimentos para os serviços de saúde (Brasil, 2001, p. 22), “*contrariando o propósito para o qual foram constituídos, os SESMT’s operam sob a ótica de empregador, com pouco ou nenhum envolvimento dos trabalhadores em sua gestão*”.

Essa opinião é balizada por um médico do trabalho entrevistado:

Primeiro, que os serviços de medicina da empresa não têm autonomia, deveria ter mais autonomia, ou o trabalhador deveria ser atendido por um serviço público confiável para avaliar se, no momento da demissão, ele tem condição de trabalhar. Acho que, além do compromisso com os patrões, os médicos não têm nem autonomia nem preparo para fazer uma avaliação [do sofrimento mental]. Mas acho que é, antes de tudo, uma questão ética, e se o médico quiser, ele pode ir no Conselho de Medicina denunciar. Mas tem também uma questão de classe. (Médico do Sindicato dos Metalúrgicos).

O tratamento dado ao T1 e ao T5 também indica um comprometimento do SESMT com a empresa e a omissão diante do sofrimento do trabalhador:

Fui e o médico me deu normal. Eu pulando em cima da maca, tremendo, e ele me liberou, como se eu tivesse apto para a função. Depois que eu cheguei em casa, os delírios continuaram, minha esposa falou: nós temos que ir no médico” (T1).

Ele chegou em casa transformado... foi aí que eu levei ele no médico da urgência da prefeitura, ficamos a noite toda, mas não tinha médico. Aí, no outro dia fui no médico do convênio, que fez todos os exames nele e constatou que o problema dele era na mente e pediu para levar ele no psiquiatra, né? Aí, a gente conseguiu na Pínel e ele não queria ficar lá internado, aí ele deitava no chão, as pessoas todas olhando para ele e ele gritava: eu não sou doido, eu não sou doido... Até hoje ele não voltou ao normal (Esposa: do T1).

O periódico? Normal. Foi o de praxe, olha pressão, o coração, isso aí. Não pergunta nada... Dá tudo normal... (T5)

O médico do trabalho, que atende pelo convênio do sindicato, questiona o ensino acadêmico e o processo de formação: “*Acho que as escolas têm que formar profissionais mais autônomos e o sindicato lutar por estes serviços*”. Até mesmo a relação entre o médico do SESMT e o médico do serviço conveniado parece difícil, às vezes. Um médico do convênio relata que:

Às vezes é difícil tratar o trabalhador sem que ele se afaste do serviço. Isso porque ele até pode trazer um quadro de ansiedade que pode ser agravado pelas condições de trabalho, sim, mas na maioria das vezes, o problema é o uso adequado da medicação... Ele fica impossibilitado de cumprir as metas da empresa, principalmente no início do tratamento. Às vezes temos dificuldade em afastá-los, outras, ele até poderia trabalhar, mas em outra função com menos risco e menos exigência. É uma situação difícil e eu acho que o trabalho de muitos metalúrgicos, assim como os motoristas e outros, dificultam o tratamento. (Médico do convênio da empresa).

O médico do SESMT relata as dificuldades em relação à adequação da medicação da seguinte maneira:

[...] não é que acontece com certa frequência, mas acontece, e nesses casos a gente liga para o psiquiatra e até o psicólogo, que ele orienta também e troca idéia: se não tem jeito de você trocar essa medicação, ou passar para noite só, não passar para de dia, entendeu? Faz isso até para ajudar o empregado. (Médico do SESMT).

Apesar da fala desse profissional, sobre a intenção de ajudar o empregado, tanto no caso apresentado no início desta pesquisa, quanto em outros casos apresentados aqui, como o T3, isso não foi feito. O T6 teve um remanejamento de setor, o qual foi satisfatório temporariamente, mas sua saúde já estava bastante comprometida naquele momento e ele pediu demissão depois de alguns meses. O T7 já fora remanejado algumas vezes pela empresa, mas colocado em setores onde não tinha atividade definida, o que o tornava alvo de ironias por parte dos chefes: “*aquele chefe não me queria lá, eu via, ele falava que lá tinha virado lugar de*

encosto. Fiquei lá três dias, aí passei mal de novo”. Isso demonstra, além das dificuldades técnicas em lidar com o adoecimento mental, o preconceito expresso, muitas vezes, na fala dos chefes, preocupados somente em dar resultados. Sem atingir as metas, o chefe não permanece no cargo. Assim, qualquer comprometimento que leve o trabalhador a diminuir a produtividade, aparece como um grande problema. No caso do adoecimento mental os chefes expressam isso de forma clara, muitas vezes de forma perversa. Esse respaldo, sustentado pelo preconceito em relação ao adoecimento mental, está presente durante toda a trajetória dos trabalhadores entrevistados. T3 relata que, nas primeiras vezes em que passou mal, como seu problema mental era desconhecido, a empresa se responsabilizou em levá-lo até o hospital. Na terceira vez, quando foi feito o diagnóstico, a empresa passou, simplesmente, a liberá-lo. Como ele não conseguia ir sozinho para casa, sua esposa tinha que sair do trabalho e ir buscá-lo, outras vezes seu cunhado o fazia. Esse preconceito é reconhecido na fala do perito do INSS:

Existe o senso comum, que não é só da perícia, de muitas vezes, estigmatizar o portador de sofrimento mental. Muitas vezes o próprio servidor administrativo do INSS que recebe esse paciente procura a gente e fala: “olha, essa pessoa tá muito estranha aqui. Ele mora no meu bairro, ele não se comporta desse jeito...” enfim, uma desconfiança, de maneira geral, de que a pessoa tá simulando. (Médico perito do INSS).

Das doenças apresentadas pelos trabalhadores desta pesquisa, não houve notificação de nenhum caso, nem mesmo o de estresse pós-traumático, única patologia de doença mental relacionada ao trabalho de notificação compulsória, no sistema de informação do SUS. Essa patologia foi comprovada através de diversos relatórios e negada pela perícia médica do INSS. A possibilidade de preenchimento da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), nestes casos, é desconhecida pelos trabalhadores:

Uhmm... não me recordo se preenchi o CAT, não me recordo... Deveria ter sido preenchida? Inclusive, minha sentença foi indeferida na perícia e eu não recebi o período que eu fiquei aguardando...(T6).

Essa subnotificação esconde uma realidade dramática e impossibilita a percepção dessa situação como um problema de saúde pública, “Segundo

estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), na América Latina, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas” (BRASIL, 2004, p.7). A não explicitação dessa realidade impede que o adoecimento mental seja reconhecido como decorrente de causas externas, que devem ser enfrentadas coletivamente. Outra consequência derivada da subnotificação das doenças é o seu aumento, sem a devida reflexão da sociedade, o que faz com que o sofrimento cresça e se torne banal, aceito como normal por todos que passam a aceitar os discursos naturalizantes como verdadeiros:

É sobretudo pela generalização da tolerância ao mal em toda sociedade que podemos medir a força do impacto político das distorções produzidas na descrição da realidade das situações de trabalho, quando elas são difundidas pelos diversos meios de comunicação. (DEJOURS, 1999, p. 125).

A banalização do adoecimento mental e suas consequências traduzem-se em uma realidade e, apesar da constatação do aumento do adoecimento mental entre os trabalhadores, os direitos à assistência e previdência são negados sistematicamente. Todos os trabalhadores pesquisados têm dificuldades em comprovar seu adoecimento perante a perícia. Apenas um conseguiu se afastar (T1), mas não de forma ininterrupta, pois de três em três meses passa por avaliação pericial no INSS e já teve o benefício cessado algumas vezes, sendo reconsiderado após abertura de processo administrativo. Dois trabalhadores tiveram o adoecimento reconhecido somente na primeira perícia e os outros não conseguiram afastamento em nenhum momento. Há contradições entre a opinião dos médicos que acompanham os trabalhadores e os peritos. Em um dos casos, houve contradição entre os próprios peritos, pois um pediu um exame e o outro disse que a doença apresentada pelo trabalhador não poderia ser diagnosticada através do exame solicitado. Entre os trabalhadores entrevistados, nenhum voltou para o mercado formal e aquele que está no mercado informal não consegue se manter: *“Hoje eu aluguei um pedacinho da loja que tem perto da minha casa e pus uma banca para consertar celular e relógio, mas não dá muito não... Esse mês nem tenho pra pagar aluguel”*(T5). Um deles passou a ser sustentado pela esposa que trabalha, outro pelo filho mais velho, outro pelos parentes.

O coordenador do Serviço de Atendimento Integral do trabalhador (SAIT), fala da complexidade do atendimento aos trabalhadores e da complementaridade de

saberes necessários à clínica do trabalho, ou seja, da importância da multidisciplinaridade:

Normalmente, quando aparece o problema de distúrbio psíquico, aí de sofrimento, ele nunca está sozinho, tem sempre outras questões envolvidas. Às vezes, ele está com problemas junto ao INSS, tentando algum benefício junto ao INSS, às vezes ele tem um problema fisioterápico, por exemplo, no caso de um acidente. Nesse caso, então, a gente encaminha pra clínicas específicas, no caso, por exemplo, se é para fisioterapia, a gente encaminha para a fisioterapia. Em outros casos, por exemplo, se é uma necessidade de emissão de laudo, para que ele possa conseguir o benefício dele junto ao INSS, a gente encaminha para vocês, então, sobretudo se for um trabalhador metalúrgico. (Coordenador do SAIT – PUC Minas Betim).

A seguir, estão relacionados os serviços que atenderam os trabalhadores após a saída da empresa:

T1 - Sindicato e SUS

T2 - Convênio particular (pago pela esposa)

T3 - CEREST regional – sindicato - CEREST estadual

T4 – Particular, inicialmente, e atualmente sem tratamento

T5 - Acompanhamento psiquiátrico pelo SUS

T6 - Atendimento psiquiátrico pelo convênio e psicológico particular. Atualmente, sem tratamento contínuo, procura o SUS para prescrição de medicação, quando sente que está pior (médico repete receita do médico que o atendia pelo convênio, antes da saída da empresa).

T7 - Serviços de saúde oferecidos pela empresa

Discussão: Em relação à forma como os trabalhadores foram atendidos e encaminhados pelos diversos serviços por onde transitaram até esse momento, é necessário fazer algumas considerações importantes para a contextualização do momento e do espaço social tratados neste estudo, percebendo as relações de poder que atravessam os vários discursos.

Sobre a mudança no perfil de adoecimento dos trabalhadores, reconhecida pelos entrevistados, há uma divergência entre aqueles que falaram desse assunto. O representante do SESMT acredita que o adoecimento não apresenta relação com os processos de trabalho. O médico que atende pelo convênio da empresa acredita que o trabalho é responsável, mas não diretamente, por esse adoecimento. Outros

profissionais associam o aumento do adoecimento mental entre os trabalhadores do setor automotivo à introdução das novas tecnologias organizacionais. Abaixo, a fala desses profissionais sobre a mudança no perfil do adoecimento dos trabalhadores do setor automotivo:

No perfil de doença, não. Eu tenho notado, [...] hoje, eles estão meio perdidos, quanto ao trabalho, eles não dão tanta importância ao trabalho, como se o trabalho não fosse importante, antigamente a gente dizia que o trabalho dignifica o homem, hoje isto está esquecido. Hoje eles não importam de estar aqui hoje na empresa "A", amanhã na empresa "B". Então eu acho que mentalmente isso faz mal mentalmente para o indivíduo, por que eles estão sem um norte. (Médico do SESMT).

Antes de 90, os trabalhadores eram, principalmente, vítimas de acidentes do trabalho, de doenças por intoxicação, produto tóxico, chumbo no sangue, surdez, fraturas, esmagamento nas prensas, lesões várias, cortes, traumas na vistas e coluna. De 90 pra cá, a gente percebeu uma mudança na forma de organização do trabalho, traz uma mudança que leva ao adoecimento psíquico, o aumento do alcoolismo, trabalhador que desce do ônibus antes de chegar na FIAT, tinha uma fobia, chegava perto da FIAT e descia do ônibus e perdia, não conseguia chegar na empresa. Os diretores do sindicato, que trabalham lá, mostravam que tinha uma pressão... não poder errar, não poder faltar, não ter tempo morto pra descansar, não poder ir no banheiro, muita pressão em cima do trabalhador (Médico do Sindicato dos Metalúrgicos).

Um trabalhador que não conseguiu trabalhar, a partir da introdução das novas tecnologias relata que:

Antes, os chefes confiavam em mim, eu sabia tudo lá no meu setor, controlava tudo. Se alguém faltasse, eu cobria, fazia hora-extra, ajudava os colegas. Até os chefes me pediam opinião. Depois tudo foi mudando, as máquinas... foi entrando uns meninos novo que pensava que sabia tudo. E eu estava lá há muito tempo, mais de 15 anos, e comecei a ficar com a cabeça ruim, não dormia direito, tinha que tomar remédio, e fui ficando nervoso... o dia que eu tive a crise pior, eu já tava ruim há muito tempo. Antes eu gostava de trabalhar, depois só de pensar eu passava mal... Ninguém lá confiava mais em mim... (T7).

Essa mudança no perfil se traduz pelo aumento do adoecimento mental na categoria metalúrgica, doença imperceptível antes dos anos 90, conforme descrito:

Hoje em dia, a gente tem uma percepção, a gente não tem estudos estatísticos disto, que, na verdade, é uma patologia... uma nosologia, digamos assim, que vem ganhando muita importância no conjunto dos trabalhadores metalúrgicos. Até alguns anos atrás as queixas ligadas ao aparelho ortopédico, a LER, a DORT tinham uma prevalência muito alta [...] à medida que o tempo caminha, aumenta o percentual dos que procuram com patologia CID-F. (Médico perito do INSS).

A polêmica em torno do nexo causal entre o adoecimento mental e o trabalho, já descrita por LIMA (2003) em diversos estudos, é uma realidade na prática dos profissionais de saúde e dos representantes das entidades de representação dos trabalhadores:

Aí, muitas vezes, esses outros profissionais da rede não reconhecem que aquela doença pode ter sido ocasionada em decorrência do contexto de trabalho. Porque dependendo do olhar, se você não tem esse olhar, você pode falar assim: “ah, isso é uma psicose”, e aí o tratamento vai ter outra direção, né?... (Psicóloga conveniada com o sindicato).

O representante da Associação dos Aposentados explicita na sua fala a dificuldade enfrentada pelos representantes dos trabalhadores na comprovação da incapacidade laborativa:

Porque uma das situações que eu acho mais difícil, na Previdência Social e na área da medicina, é provar que o cara não é normal. Porque você não tem um medidor disso. E eu tenho tido dificuldades, pra te falar a verdade, porque isso depende de acompanhamento, de um bom relatório de um neurologista, de um psiquiatra, e às vezes você não consegue isso. (Presidente da Associação dos Aposentados de Betim)

O Médico do SESMT diz que “O adoecimento mental é um pouco cinzento, até no diagnóstico (...) não é como a matemática, que a gente sabe o prognóstico”. A médica do PSF, também fala da dificuldade em diagnosticar e tratar o adoecimento mental: “(...) O diagnóstico, muitas vezes, a gente não sabe fazer. Muitas vezes a gente não está preparado para acompanhar aquele quadro. Não tem um treinamento adequado”. A mesma opinião é compartilhada por outro Médico:

E aí o trabalhador chega no Sindicato e é encaminhado pra gente e eu sou médico do trabalho e tenho uma formação de um mês em saúde mental na faculdade de medicina, né? Muitas vezes, a gente acolhe esses trabalhadores com laudo do psiquiatra ou do psicólogo (do convênio do sindicato) com receita e tem a maior dificuldade para avaliar e emitir uma CAT e ser recebido no INSS como uma doença relacionada ao trabalho, e esse trabalhador acaba, muitas vezes, sem assistência decente. (Médico do convênio do sindicato).

Outro fator, que interfere na qualidade da assistência e na elaboração e aplicação das atuais políticas públicas de saúde, é o acúmulo de tarefas: “tudo ao mesmo tempo agora”. Esse profissional de saúde diz que,

São muitos pacientes, hoje atendo em vários lugares e uma demanda muito grande. Deveria ser diferente, deveríamos ter mais tempo para avaliar os casos, discuti-los. Temos critérios para o atendimento e para a prescrição da medicação, mas claro que seria melhor se tivéssemos tempo para estudar cada caso, seria inclusive melhor para nós mesmos [...]. (médico conveniado com empresas).

A gravidade dessa situação é demonstrada pela médica do PSF, ao falar da omissão que ocorre frente ao trabalhador doente. Essa omissão acontece no atendimento prestado pelos profissionais da ponta (porta de entrada), dos CAPS, dos convênios, e outros. Os pacientes recebem determinado diagnóstico pelo psiquiatra, com determinada prescrição, que se perpetua em todos os outros atendimentos. Por isso, os casos que envolvem a saúde mental

É mal conduzido também, na minha opinião. Às vezes, você não vê aquele acompanhamento, como deveria ser. Não tem plano terapêutico pr'aquela pessoa. Então você fica um mero prescritor, você repete conduta que o psiquiatra deixou ali, o paciente não é olhado individualmente. É um usuário de medicamento controlado... É como se a depressão fosse dele e pronto! Ele não tem que melhorar dela, é usar aquilo... Vira uma doença crônica e de uso indefinido, entendeu? Eu acho que é o que mais desgasta em saúde mental é isso. Sendo que ele poderia sair disso, né? Se tivessem outras abordagens. Acho que falta desde a nossa formação até esse olhar diferenciado. Acho que a gente não tá preparado para lidar nem com nossos próprios problemas, quanto mais com o problema do outro que tá ali, sofrendo na nossa frente, né?. Então, eu acho que falta... treinamento, falta maior entrosamento no nosso atendimento clínico. Ou seja, com médico do trabalho e o trabalhador que sofre, e a população em geral, né? A abordagem... Acho que a gente tá despreparado. (Médica do PSF).

Ao justificar a dificuldade em tratar o adoecimento mental, O perito do INSS deixa claro o descaso dos gestores públicos com a saúde do trabalhador: “Aqui na agência de Betim nenhum dos peritos é psiquiatra de origem, né? A gente tem dificuldade de lidar, de trabalhar, de receber e, muitas vezes, de dar parecer nesses casos”. A fala dos profissionais aponta as consequências da falta de investimento público na capacitação e contratação de pessoal para a previdência. O T1 está afastado há dois anos, passando pela perícia do INSS de três em três meses. Durante esse período, o benefício foi cessado (interrompido devido à compreensão de um perito que aquele adoecimento não era incapacitante) quatro vezes.

O sindicato ajuda. Mas não é fácil. Tem que tá com o acompanhamento médico em dia, eu não posso ficar sem remédio mesmo, preciso ter o relatório atualizado, às vezes é difícil. E tem quase que pedir “pelo amor de Deus”, para eles liberar o benefício. (T1).

Sua esposa acrescenta:

a gente entra com pedido de prorrogação, depois, com três meses, tem que entrar com o de reconsideração. Aí, eles vêm com outro benefício e, se você não correr atrás, perde aqueles pagamentos que ficou pra trás. Agora mesmo, eu vou ter que ir lá no INSS pra pedir os pagamentos atrasados dele, que não veio. O pagamento dele, esses dia, veio só de alguns dias e ele tem conta pra pagar. Então, eu tenho que correr atrás. Esse médico (outro perito) considerou que ele ta doente. Aí eu liguei e eles pediram pra gente ir lá. (Esposa do T1).

Alguns trabalhadores recebem o benefício na primeira perícia, e considerados aptos posteriormente, mesmo sem alteração do quadro ou do diagnóstico do psiquiatra.

Não estou afastado mais. Por mim mesmo, procurei não mexer mais com INSS, não quero ficar afastado, é muito cansativo, é uma coisa que força demais o emocional da gente. Porque você vai num lugar, você sabe que não tem condição de fazer uma coisa, aí os médicos te falam que você tem condição de fazer. Então, não dá. Eu falei “quer saber de uma coisa? Antes que eu arrume confusão, vou deixar esse negocio para lá!” (T3).

A esposa do T5 foi pedir ajuda ao sindicato quando percebeu que o marido estava doente mentalmente e não tinha condições de trabalhar. O sindicato juntou os relatórios que ele tinha e agendou a perícia no INSS. T5 relata esse acontecimento da seguinte forma:

Ela (a esposa) fala que eu tenho que ir no INSS, até foi no sindicato e marcou pra mim, mas o médico (o perito) disse que eu não tinha nada, então num vou lá mais, pra quê? Passar “carão”? Num vou. Vou tentar trabalhar... com os remédios que eu tomo, eu não levanto cedo pra ir pra firma, tem que dormir de dia pra agüentar, por enquanto vou tentar assim... quando melhorar eu vou procurar nas firmas, né? (T5).

Observa-se que, mesmo quando afastado, o trabalhador vive um sentimento de insegurança, pois mesmo aposentado por invalidez, ele continua com medo:

Os afastados que recebi ainda, infelizmente, não conseguiram retornar pro mercado... E até pra fazer outra atividade eles têm medo, porque pro INSS parece que ser incapaz para o trabalho é ser incapaz para vida, né? Por exemplo, eles levantarem um muro no ritmo deles, junto com outra pessoa, é diferente do trabalho na fábrica, mas parece que para a perícia não é assim. E eles têm medo, porque são pais de família, sabem que não agüentam voltar para a fábrica e tem medo de perder o benefício. (Psicóloga que atende em convênio com o sindicato).

Poderíamos questionar se a relação dos peritos com os outros profissionais de saúde é uma relação ética? Os diagnósticos das psicólogas conveniadas com o sindicato e do departamento de psicologia da UFMG, que relacionam o adoecimento ao trabalho, foram desconsiderados pela perícia; os relatórios psiquiátricos de cinco pacientes, atestando a necessidade de afastamento, assim como, não foram considerados pela perícia. Até que ponto essa política de favorecimento do capital, através da negligência com a saúde do trabalhador, está arraigada nas políticas públicas brasileiras? Até que ponto a complexidade do tema faz com que os atores sociais, diante da pressa do mundo moderno, prefiram negá-lo? São perguntas que deverão ser consideradas, ao se avaliar as dificuldades na implantação das políticas de saúde do trabalhador.

Outra questão a ser avaliada por todos os profissionais, gestores e usuários do Sistema de Saúde é a alteração dos diagnósticos recebidos. Eles evidenciam como os adoecimentos podem, inicialmente, ter uma avaliação médica relacionando-os com o trabalho. Posteriormente, esses diagnósticos são modificados, e o possível nexos causal deixa de existir. O diagnóstico de estresse dado pelo médico clínico, no início do adoecimento, foi alterado pelo psiquiatra após encaminhamento devido ao agravamento do quadro. A alteração do diagnóstico, entretanto, não considerou que a exposição aos fatores de risco continua acontecendo, uma vez que o trabalhador permanece na fábrica, o que poderia ser responsável pelo agravamento do quadro. A doença é avaliada apenas pelos sintomas apresentados naquele momento, como se não tivesse uma influência social ou laboral, como se a doença não tivesse uma história. Esta análise pode ser exemplificada pelos resultados desta pesquisa:

Trabalhador 1:

Antes da demissão: diagnóstico de estresse

Depois da demissão: diagnóstico de depressão grave e síndrome do pânico.

Diagnóstico psiquiátrico posterior: esquizofrenia paranóide.

Trabalhador 2: Antes da demissão:

Clínico: fobia social e hipertensão

Psiquiatra: inicialmente, transtorno de adaptação (?) – após 8 anos e meio de trabalho).

Posteriormente: transtorno misto ansioso e depressivo.

Após demissão: manutenção do diagnóstico transtorno misto ansioso e depressivo.

Trabalhador 3:

Antes da demissão: depressão ansiosa (medicação: neuroléptico, antidepressivo e benzodiazepnico), medicação alterada e reduzida, após internação em clínica psiquiátrica, para antidepressivo e ansiolítico.

Periódico no mês da demissão: paciente apto para o trabalho.

Após demissão: diagnóstico psicológico: estresse pós-traumático

Trabalhador 4:

Após a demissão: Demência (possível mal de Alzheimer).

Trabalhador 5:

Antes da demissão: depressão distímica

Após a demissão: não soube informar

Trabalhador 6:

Antes da demissão: estresse

Após a demissão: depressão

Trabalhador 7:

Diagnósticos recebidos até o momento: episódios depressivos; transtorno depressivo recorrente

Discussão:

Percebe-se, durante as entrevistas, que todo adoecimento tem uma história. Mesmo aquela que aparece como crise, ou o quadro diagnosticado como surto de esquizofrenia, foi antecedida por uma longa história de sofrimento e de resistência: *“eu me fazia do próprio escravo para dar conta”*. O trabalhador que recebeu esse diagnóstico relata que, há anos, vinha sofrendo de insônia, cansaço extremo e crescente medo de errar, sendo responsável pela morte de quem adquirisse o veículo, conforme sugeria um chefe. O aumento do ritmo de trabalho e da exigência de qualidade só agravou os sintomas já apresentados, após mais de 18 anos de trabalho, em regime de turno de revezamento. Ele foi demitido, durante uma crise, e recebeu diagnóstico de esquizofrenia paranóide, posteriormente, percebe-se nesses casos que, após a saída da fábrica, o diagnóstico perde qualquer referência com o trabalho. O adoecimento é então definido e sua história esquecida. No caso das doenças relacionadas ao trabalho, isso impede uma discussão aprofundada sobre

as causas do adoecimento mental entre trabalhadores de diversas categorias, em número e gravidade superior ao que acontece na população como um todo.

O apoio social, recebido após a demissão, é dado principalmente pelo sindicato da categoria. O Sistema Único de Saúde é uma referência importante para os trabalhadores, única possibilidade de tratamento médico, após a demissão. Entretanto, os trabalhadores não se sentem acolhidos pelos dispositivos de promoção da saúde pública. Percebe-se, por outro lado, uma grande mágoa entre os trabalhadores, em relação ao tratamento dispensado pela empresa. A demissão, para os trabalhadores com mais tempo de casa, é sentida como uma traição:

Ele entrou na firma bom e saiu da firma assim... do jeito que ele está agora, sem faculdade para nada e eles ainda colocaram que ele está apto para trabalhar. Será se ele for lá agora, eles vão pegar ele para trabalhar? Pra sair, ele está apto para trabalhar, mas para entrar, ele não está não. Então a pessoa tem que ter mais humanidade, né? Ser mais humano, como profissional. Ele trabalhou 18 anos lá e eles viraram as costas pra ele, como se não tivesse nada. Não querem nem saber se a família dele está precisando de alguma coisa, eles estão lá numa boa, já colocaram outro funcionário no lugar. E agora ele tem que correr atrás e é o INSS que tem que pagar, né? Eles pagam alguma coisa? Acho que não, acho que agora eles não têm mais nada com isso. (esposa do T1).

Se o Sistema Único de Saúde é uma referência importante no tratamento dos trabalhadores após a demissão, o mesmo não acontece com os serviços de referência em saúde do trabalhador, pois Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's) apareceram como referência apenas para um paciente, encaminhado pelo sindicato. Segundo a esposa do trabalhador encaminhado, o quadro de intoxicação não foi avaliado pelo médico que o atendeu no CEREST Regional :

Ele (o médico do Cerest) falou que lá (na fábrica) não tem nada a ver, que ele já tinha ido lá dentro, que lá não tinha intoxicação, que todo mundo tem proteção e que lá não tem nada a ver... Ele foi muito mal atendido mesmo, aí que eu pedi o sindicato para arranjar um psicólogo para ele... O médico do CEREST do não deu solução nenhuma". (Esposa do T4).

O encaminhamento para o neurologista foi posteriormente feito pela médica do posto de saúde e o encaminhamento para a psicologia foi dado pelo diretor do sindicato a pedido da esposa, que insistiu no tratamento de saúde e não só na busca dos direitos previdenciários. A psicóloga o encaminhou posteriormente para o

CEREST Estadual, solicitando avaliação da hipótese diagnóstica de intoxicação crônica aos produtos manipulados por mais de 20 anos.

Nota-se que nenhum dos trabalhadores entrevistados foi encaminhado para o CEREST pelo médico que o atendeu no convênio. Apenas o Sindicato e a psicóloga desse convênio fizeram esse encaminhamento. Se o papel do CEREST é dar suporte, auxiliando os demais serviços a fazer o diagnóstico diferencial, na busca de estabelecer ou descartar o nexo com o trabalho, por que isso não foi feito? Todos os médicos entrevistados falaram da dificuldade em se diagnosticar corretamente o adoecimento mental, sendo que vários deles relataram incapacidade técnica para tal.

Outro dado a considerar é a opinião do médico que atende pelo convênio do sindicato. Ele relata a dificuldade dos CEREST's em fazer a avaliação do nexo causal entre o adoecimento mental e o trabalho, não cumprindo o papel para o qual foi criado, pois

[...] de tanta demanda, o sindicato teve que criar um grupo de atendimento psicológico de atenção ao trabalhador em apoio ao departamento de saúde, com equipe de psicólogos e que tem prestado um grande ajuda nesse sentido. Mas, a gente acha que esse papel é do setor público, dos serviços públicos de saúde do trabalhador, que tem que criar uma equipe multiprofissional nos CEREST's, pra atender esses trabalhadores, também, nesses serviços públicos... e até na UFMG... Eu tenho percebido que esse olhar não é completo. Enxerga no trabalhador só o trauma, o físico. E o trabalhador está sofrendo, está deprimido, cheio das ansiedades... Está muito vulnerável socialmente e o profissional não vê. (Médico do convênio com o sindicato).

Essa posição é reforçada pela psicóloga do trabalho em seu relato e também pelo T4, como descrito acima. Segundo esse trabalhador, o médico do CEREST Regional não investigou seu adoecimento mental e não fez nenhum encaminhamento, dizendo conhecer a empresa e desconhecer produtos químicos em seu interior que pudessem causar doenças, conforme suspeita de intoxicação do diretor do sindicato que o encaminhou. Posteriormente, o médico do CEREST Estadual avaliou a possibilidade do nexo com o trabalho, mas não encontrou na literatura sustentação teórica que pudesse confirmar essa hipótese. Encaminhado para a neurologia, teve um quadro de demência diagnosticado e atualmente está sendo investigado o tipo de demência e tratamentos possíveis.

O porquê da não-contratação de psicólogos e/ou psiquiatras nos CEREST's é uma questão a ser avaliada. Qual a percepção, por parte dos gestores, do aumento do adoecimento mental em diversas categorias e mesmo do início da incidência em categorias, como é o caso dos metalúrgicos? Nota-se uma negligência do setor público em relação ao adoecimento mental dos trabalhadores. Apesar de este estudo constatar o grande investimento das coordenadoras do serviço de saúde do trabalhador e a sua convicção sobre as necessidades de se voltar para esta questão, isso não tem sido uma realidade, na implantação e manutenção dos serviços. Em entrevista, o médico do sindicato diz que essa omissão pode ser proposital, para servir aos interesses do capital.

O trabalhador adoece nas fábricas, não só por acidentes típicos, mas também adoece a mente e depois não consegue outro emprego. Eu acho que os serviços públicos têm que olhar mais para esse lado. Por que é que, no governo anterior, foi desmantelado todo o serviço de saúde do trabalhador? Às vezes é proposital também os governos não ajudarem a montar serviços públicos decentes para atender os trabalhadores de forma decente. (médico conveniado com sindicato).

A forma como está organizado o serviço de assistência à saúde mental, assim como as concepções teóricas prevalentes nestes serviços, têm dificultado a interdisciplinaridade necessária à saúde do trabalhador:

Ainda não foi possível a construção do protocolo de saúde mental, e isso dificulta a discussão do atendimento dos trabalhadores na rede. Em Betim, temos um serviço de saúde mental organizado em CAPS I, CAPS II e CAPS III. Em geral, priorizamos os casos mais graves, ou seja, as psicoses e as neuroses graves.... Podemos dizer que inexistem políticas específicas que vinculem as ações de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador. São instâncias que funcionam separadas. Algumas ações, que eu já tive notícia, foram por iniciativas individuais e não como políticas de governo. Nem do governo federal, estadual ou municipal. Nos serviços de saúde mental, a função (profissão) do usuário passa muitas vezes despercebida. Falo, até, por mim mesmo... (Gerente de um serviço de saúde mental do município).

Se apenas os casos mais graves têm acesso ao serviço de saúde mental do município, como podem os trabalhadores chegar até o serviço, no início do tratamento? Como podem os profissionais da psicologia acionar os mecanismos sociais, para tentar minorar o sofrimento do trabalhador e barrar seu agravamento? A falta de protocolo e a ausência de campos específicos nas fichas de atendimentos, sobre as condições de trabalho, mostram dificuldades dos profissionais da saúde mental em sair do campo da doença como algo de origem

somente interna e discutir as determinações sociais. A profissão, a atividade e todos os agravos advindos do trabalho são, então, desconsiderados:

Aí ele fazia uso de antipsicótico, trabalhando, operando uma máquina, na Metal Sider, que derretia metal e que depois ia pras formas, para poder fazer as chapas de aço. A psicóloga que acompanhava ele (no SUS) desconhecia completamente o que ele fazia, porque se ela tivesse um olhar mais cuidadoso, talvez ela poderia ter indicado essa mudança de função antes, não esperar ele passar mal, porque depois ele foi demitido (psicóloga conveniada com o sindicato).

O representante do sindicato descreve a saída encontrada diante desta dificuldade:

[...] mas nessa questão da saúde mental, o que que a gente estava percebendo, era as dificuldades também do profissional do serviço de atenção à saúde mental, de diferenciar esse adoecimento dos outros quadros que chegavam até então. Que que esse profissional fazia? Fazia o acolhimento daquele trabalhador, mas colocava ele no mesmo patamar daquele adoecimento chamado de, não sei te dizer a palavra certa, mas aqui, um adoecimento normal de loucura mesmo... não avaliava se relacionava com o trabalho.... (Diretor do departamento de saúde do sindicato dos metalúrgicos).

As entrevistas demonstram ainda que, o controle social, previsto e exigido na execução das políticas de saúde do trabalhador, não tem desempenhado o seu papel. Isso pode ser explicado pelo descrédito da população nas soluções políticas que envolvem a sua participação e também, porque “*A vida no mundo globalizado, desregulamentado e do livre mercado tornou-se mais solitária, mais arriscada e mais inconstante. As desigualdades sociais se ampliaram e a capacidade de resistência dos mais frágeis diminuiu*” (NARDI, 2006, 189).

Ressalta-se que, a psicologia aparece, nesta pesquisa, como referência para os trabalhadores, mas sabe-se que isso não se aplica ao conjunto da categoria. Esse resultado, justifica-se aqui, pela forma de escolha dos trabalhadores, via indicação dos entrevistados e entidades. Fez-se, assim, um recorte entre trabalhadores que tiveram acesso ao atendimento psicológico, via sindicato, ou pelo menos, souberam da sua possibilidade. Esse direcionamento facilita a compreensão de como a psicologia atuou nos casos estudados. O sindicato indica a possibilidade do tratamento e subsidia a consulta em 50%. A idéia inicial é que os psicólogos fizessem o acolhimento, e que os relatórios psicológicos auxiliassem na comprovação do nexo causal entre adoecimento e trabalho, e encaminhassem os

trabalhadores. Porém, alguns trabalhadores continuam em tratamento prolongado, mantido pelo convênio do sindicato. Percebe-se que, apesar da tentativa de atendimento pelo SUS, por parte de alguns trabalhadores, nenhum deles conseguiu um acompanhamento. A partir da demissão, a maioria dos trabalhadores vê como possibilidade apenas o atendimento particular, inacessível a eles. Após a demissão, alguns passam a fazer o acompanhamento psiquiátrico pelo SUS, mas sem o atendimento psicológico. Eles alegam que isso se deve, principalmente, à dificuldade em agendar o tratamento.

Os dados apresentados nesta pesquisa apontam para dificuldades já discutidas por muitos estudiosos da saúde do trabalhador e muitos documentos técnicos que orientam os serviços de saúde. Entretanto, percebem-se, neste trabalho, os diversos olhares dos atores sociais envolvidos. A fragmentação dos serviços, os poderes que perpassam esse campo e os impasses surgidos, diante do enfrentamento da questão, ficam claros, nas entrevistas. Ao explicitar a dificuldade em lidar com o sofrimento mental, associada à negação da determinação social da doença, em especial do trabalho, encontra-se como resultado o abandono de um número cada vez maior de brasileiros, excluídos pelo sistema de saúde e pelo sistema previdenciário que deveria acolhê-los. As entrevistas comparadas entre si, e aos números oficiais, demonstram a necessidade de se investigar detalhadamente o que tem acontecido nas fábricas brasileiras, nas quais o trabalho é fonte de sofrimento e de doença, seja em momento de expansão da economia, como no início desta pesquisa, seja nos momentos de crise, como no término da mesma.

7 CONCLUSÃO

A saúde do trabalhador, campo da saúde pública norteado pelos princípios do SUS, tem na trajetória dos trabalhadores do setor metalúrgico a explicitação de uma dívida social que vai se acumulando: o crescente número de trabalhadores em sofrimento mental para os quais não existem, de fato, políticas de prevenção, proteção ou reabilitação.

A organização do trabalho ditada, hoje, pelas exigências do mercado é colocada pelas empresas como indiscutível. Dessa forma, a banalização do sofrimento dos trabalhadores e, conseqüentemente, da injustiça social, é naturalizada. Quando isso acontece, há uma aceitação passiva da sociedade, pois o *“sofrimento somente suscita um movimento de solidariedade e de protesto quando se estabelece uma associação entre a percepção do sofrimento alheio e a convicção de que esse sofrimento resulta de uma injustiça”* (DEJOURS, 1999, p.19). Se o sofrimento mental nas empresas deixa de ser contestado e discutido como problema de saúde pública, passa-se a uma política de convivência entre o Estado e o poder econômico, e os trabalhadores doentes são vistos como fracos e desajustados do sistema. Essa forma de representação social é alicerçada no saber da psiquiatria e da psicologia, saberes científicos que mantêm linhas de pensamento que classificam o adoecimento mental como decorrente apenas de fatores intrapsíquicos.

Como aponta Nardi (2006), o desemprego, que podemos considerar como um dos maiores símbolos da naturalização da injustiça social, concorre para a construção de um hiperindividualismo, em que o enfraquecimento do sujeito social leva ao sentimento de solidão e desamparo. No Brasil, a introdução das novas tecnologias organizacionais se deu sem participação do movimento sindical organizado e com pouco ou nenhuma fiscalização do Estado. O aumento do adoecimento mental nas fábricas do setor automotivo, demonstrado através da trajetória dos trabalhadores e da percepção dos profissionais de saúde, é uma dos resultados observados. Não investir na Saúde do Trabalhador de forma conseqüente, pode significar uma contínua omissão do Estado para com uma parcela significativa da sociedade brasileira.

Neste estudo, verificou-se esse descaso, na não capacitação e na falta de condições adequadas ao trabalho dos peritos do INSS. Em seminários⁷ realizados com a participação dos CEREST's para discutir as políticas de saúde do trabalhador, no que se refere à saúde mental, esses peritos foram hostilizados por grande parcela dos participantes, que os consideraram responsáveis pelas situações de injustiça em que vivem os trabalhadores que não tem condições de saúde para retornar ao trabalho. É preciso questionar se não serão eles bodes expiatórios de um sistema de iniquidades, do qual somos todos responsáveis. Se eles têm a sua parcela de culpa, talvez se escondam como os demais trabalhadores, atrás de um discurso que, na prática, reproduz o discurso liberal que sustenta o capitalismo globalizado. O determinismo do mercado, calcado no discurso tecnológico e científico, torna-se hegemônico e, dessa forma, incontestável. Na verdade, essas práticas são produções e reproduções humanas, contestadas por muitos entrevistados, o que aponta para uma possibilidade de desconstrução, mesmo que isso não pareça possível em curto prazo.

A fragilização dos movimentos sindicais, em especial dos metalúrgicos, protagonistas de grandes lutas no final da ditadura militar, dificulta o enfrentamento das injustiças advindas do sistema previdenciário brasileiro, que cobra do trabalhador a responsabilidade pela sua suposta falência, não apurando responsabilidades nem buscando alternativas. As dificuldades encontradas pelo movimento sindical e pelas instâncias responsáveis pelo controle social no SUS, como um todo, explicam-se pelo momento histórico no qual vivemos, em que *“o regime de verdades que justifica e sustenta a nova estruturação do capitalismo no mundo globalizado leva ao aumento do individualismo e à corrosão dos valores que sustentaram a construção dos projetos de vida na sociedade industrial”* (NARDI, 2006, p. 189).

A ausência de políticas de reinserção social condena esses trabalhadores a viverem à margem da sociedade. Vemos isso na ausência de tratamentos médicos adequados; num modelo único de atenção à saúde mental, que desconhece a influência social nos modos de adoecer, focando seu olhar somente nas psicoses e

⁷ II Seminário Intersetorial de Saúde e Segurança do Trabalhador da Micro Região de Betim: saúde mental e políticas públicas, 25/05/2009; Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho, São Paulo 28 e 29/11/2008.

neuroses graves; na inexistência de reabilitação profissional e de avaliação pericial competente.

Após adoecer, o trabalhador, não tendo direito ao afastamento necessário e garantido em lei para se tratar, tem o quadro de saúde mental agravado, incapacitando-os para o trabalho. Quando o trabalhador não consegue o benefício previdenciário ou a aposentadoria por invalidez, negados pela perícia do INSS, ele se torna, muitas vezes, inválido para a vida. Se a perícia declara que ele está apto ao trabalho, contrariando outros médicos ou os próprios gestores da empresa, o trabalhador não é mais reconhecido, nem como trabalhador, nem como doente. Aprisionado na medicação e no discurso psiquiátrico que justifica mantê-lo medicado, como se esse fosse o único tratamento possível, ele vai perdendo sua condição social e psíquica. Ironicamente, o tratamento medicamentoso, que deveria recuperá-lo para o trabalho, usado isoladamente e sem plano terapêutico adequado, torna-se outro empecilho para o desempenho da atividade laboral. Dos trabalhadores entrevistados, aqueles que foram considerados aptos pelo INSS não conseguiram retornar para o mercado de trabalho, após a dispensa da fábrica.

Nessas trajetórias, marcadas pelo descompasso do discurso médico ou dos conflitos de interesses dos quais ele é portador, a voz de quem acreditou que alcançaria o respeito e a dignidade, através do trabalho, não encontra eco. Aqueles que buscam no trabalho a subsistência e um degrau na conquista de outros horizontes, como os novos trabalhadores do setor, também são marcados pela solidão e o abandono social.

O discurso legal, construído pelo esforço de muitos atores sociais, nos raros ventos democráticos que refrescaram nosso país, no início dos anos 80, registraram na Constituição Federal uma legislação avançada, regulamentada, posteriormente, através de várias portarias, mas que ainda não é uma realidade. Não se pode negar que houve avanços, mas também é preciso perceber que eles estão muito aquém do que os trabalhadores necessitam para usufruírem dos direitos conquistados ao longo de tantas décadas. Talvez isso também possa ser explicado pelo capitalismo hipertardio (Chasin, 1978), no qual as conquistas no Brasil sempre acontecem *pela metade*. Mesmo que o discurso legal seja avançado, não existem condições estruturais suficientes para que ele se efetive na prática. Isso explica a troca de papéis das instituições, como ficou evidenciado nesse estudo: os sindicatos prestam atendimento médico e psicológico aos trabalhadores, as doenças advindas do

trabalho não são questionadas pelos profissionais do PSF, nem pelos profissionais das unidades de saúde. O CEREST não é referência para os médicos que atendem os trabalhadores do setor metalúrgico, em Betim, e está desacreditado pelos profissionais de saúde que atendem pelo sindicato, principalmente no que se refere à doença mental. A busca de justiça e as denúncias são feitas individualmente pelo trabalhador que buscou um advogado particular e não pelo coletivo dos trabalhadores. Ocorre a ausência do psicólogo nos CEREST's, apesar da importância deste profissional, apontada pelas coordenadoras do serviço. A perícia médica do INSS é representada, muitas vezes, pelo trabalhador, como fonte de sofrimento e humilhação. Por trás de toda essa fragmentação, encontramos: trabalhadores que adoecem, e seu adoecimento se cronifica; profissionais de saúde despreparados para lidar com o adoecimento mental; entidades sindicais ainda desmoteadas ante o aumento de uma forma de adoecimento até então negada ou quase inexistente na categoria.

As relações de poder e a luta de classe, negadas atualmente pelo discurso das empresas, são desmascaradas pela forma de lidar com aqueles que adoecem no trabalho ou devido ao trabalho. É fictício o mundo em que empresários e empregados são parceiros, na vigência da chamada ditadura do mercado. No discurso capitalista atual, se algo sai errado, o defeito é da máquina humana, que não acompanha o ritmo mundial. Exceto o recurso humano "defeituoso", tudo está certo, pois a medida é a competência e a produtividade e não mais a solidariedade existente entre os metalúrgicos até pouco tempo atrás. Na realidade, pode-se medir a igualdade dessas relações no depoimento emocionado de muitos trabalhadores e de suas esposas. Após serem dispensados, já doentes, eles não encontram nenhum apoio ou orientação da empresa: *"A firma isolou ele, como se ele não fosse ninguém"*. Exige-se cada vez mais do trabalhador e retribui-se a ele cada vez menos. Os significados atribuídos ao trabalho aumentam o sofrimento e aprofundam o adoecimento. Os trabalhadores mais antigos têm a idéia de que fizeram tudo certo, e ainda esperam retornar para a empresa, ou pelo menos, para outro trabalho com carteira assinada. Isso não parece ser possível, caso não haja condições adequadas de tratamentos médicos e a oferta de outros dispositivos, como a reabilitação, legalmente instituída, mas inexistente, segundo os trabalhadores e profissionais de saúde entrevistados.

Parece que resta ainda aos gestores públicos, em especial os gestores de saúde, inventar novas formas de enfrentar os impasses à prevenção, promoção e reabilitação na saúde do trabalhador. Se os próprios CEREST's têm dificuldade em atender, diagnosticar e estabelecer o nexo entre adoecimento mental e trabalho, como cobrar isto das outras instituições? Seria importante que os CEREST's se preparassem teoricamente, materialmente e simbolicamente, para acolher esses usuários, operacionalizando as políticas públicas possíveis no momento atual. Para cumprir sua missão maior, os CEREST's deveriam assumir a atribuição de pólo irradiador dessas políticas, em parcerias com a sociedade, com os Conselhos Regionais de Medicina, de Psicologia e de outras profissões que atuam no acolhimento do sujeito adoecido, além dos representantes dos trabalhadores. A interdisciplinaridade e a intersetorialidade é uma meta buscada pelas entidades que representam a saúde do trabalhador, conforme a fala dos profissionais de saúde. A trajetória dos trabalhadores, aqui pesquisada, deixa claro que os serviços atuam isoladamente e que os profissionais de saúde não encontram ou não buscam outros parceiros, outros saberes e instrumentos sociais que complementem suas práticas de promoção de saúde.

Esse estudo deixa entrever que a psicologia continua, embora não de maneira hegemônica, mantendo concepções organicistas, sustentando que o adoecimento mental é somente de ordem intrapsíquica. Por outro lado, percebe-se, também, que existe um movimento, no interior da psicologia, que questiona essa leitura do adoecimento. Quando a psicologia passa a atuar nas instituições sindicais, ela necessariamente ocupa outro lugar, diferente daquele tradicional, apontado em vários estudos (Sampaio, 1995; Sato, 2005; Heloani, 2005). Para tanto, ela precisa visitar outros campos do saber, buscar novas maneiras de compreender as subjetividades e construir uma nova clínica. Isso só é possível quando as determinações sociais são levadas em consideração e o trabalho é visto como determinante do equilíbrio e/ou do adoecimento do sujeito. Tal conduta remete a uma prática transformadora e crítica, como orienta o Conselho Federal de Psicologia (CFP), no documento “Referências para a atuação do psicólogo na área da Saúde do Trabalhador – no âmbito da Saúde Pública”. Esse documento condensa as finalidades e o compromisso do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP. Apesar desse avanço significativo nas orientações do CFP, e apesar do grande número de psicólogos nos serviços públicos de saúde, o

próprio Conselho ainda não se desvencilhou completamente de uma postura conservadora, em relação à psicologia do trabalho. Um exemplo disso é a última prova para reconhecimento dos profissionais que atuam na área da psicologia organizacional e do trabalho. A prova que concede o título de especialistas àqueles que atuam por mais de dois anos na área, não trazia, em sua bibliografia, nenhuma produção sobre a legislação em saúde pública ou, especificamente, sobre a saúde do trabalhador. Tal bibliografia abarcava, em sua maioria, autores que priorizam os estudos sobre a clássica “psicologia das organizações”, e não sobre a saúde e/ou adoecimento dos trabalhadores.

É importante salientar que, na cidade de Betim, berço desta pesquisa, realizou-se em 25/05/2009, o segundo Seminário Intersetorial de Saúde e Segurança do Trabalhador da Micro região de Betim, com o objetivo de discutir temas relacionados à saúde mental e às políticas públicas, relativas ao adoecimento mental dos trabalhadores. O CEREST Regional, o Sindicato dos Metalúrgicos e outras entidades têm se empenhado na construção de um fórum permanente de discussão sobre a saúde do trabalhador, naquele município. São tentativas de reorganização dos serviços de saúde e de efetivação do controle social por parte dos usuários e suas entidades representativas. A psicologia tem participado com profissionais atuantes, representada também pelo Conselho Regional de Psicologia. Tais esforços apontam para a construção de novas práticas de promoção da saúde junto aos trabalhadores, pois diante do aumento do adoecimento mental, construir um novo diálogo entre os CEREST's e os profissionais da saúde mental é um desafio necessário e urgente. Ambos os setores são fundamentais para se pensar políticas e práticas transformadoras da realidade aqui demonstrada.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo. Hucitec. 2006, 288p.

ANFAVEA. **Indústria automobilística brasileira – 50 anos**. (2006). Disponível em:< <http://www.anfavea.com.br/50anos.html>.> Acesso em 06 de agosto de 2008.

ANTUNES, Ricardo. **Classe Operária, sindicatos e partido no Brasil** – Da Revolução de 30 até a Aliança Nacional Libertadora. São Paulo: Cortez e Ed. Ensaio. 1982. 187 ps.

ARAÚJO, José Newton Garcia & Cols. **L.E.R. – Dimensões Ergonômicas, Psicológicas e Sociais**, Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1998. 361 ps.

ARAÚJO, J. N. G. (2001). **A LER/DORT e o Seguro de Acidentes do Trabalho (SAT): questão de saúde ou questão de política?** In : Neto, A. C. e Salim, C. A. *Novos desafios em saúde e segurança no trabalho*. Belo Horizonte: PUC Minas, Instituto de Relações de Trabalho e Fundacentro, 125-147.

BARDIM, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: ed. 70, 1977, 281ps.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho** - manual de procedimentos para os serviços de saúde. Org. Elizabeth Costa Dias. Brasília, MS, 2001, 580p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador** - Minuta para consulta pública Brasília, versão 12/11/2004. Disponível em: < http://www.saudeetrabalho.com.br/download_2/pnsst-11 > 04.doc. Acesso em: 02 de maio de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde**: Caderno de Legislação em Saúde do Trabalhador. Brasília, DF. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalhar, sim! Adoecer, não**. Caderno de textos para 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde: **Pactos pela Saúde 2006**. Portaria n.399/GM de 22 de fevereiro de 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e Emprego; Ministério da Previdência e Assistência Social. **Resoluções da 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador** (Versão final), Brasília, 2006b, 29ps. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_final.pdf. Acesso em: 25/04/2009.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: degradação do trabalho no século XX . Rio de Janeiro, Zahar. 1974.

BUSS, Paulo Marchiori. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: *Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências*. Freitas, C. M. e Czeresnia, D. (Orgs.). Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003, 176p.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. Hucitec, São Paulo, 1991, 175 págs.

CARVALHO, Sérgio Resende. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social**. *Ciência & Saúde Coletiva*, Set 2004, vol.9, no.3, p.669-678.

CHASIN, José. **O integralismo de Plínio Salgado**: forma de regressividade no capitalismo hiper-tardio. São Paulo: Livraria Editora de Ciências Humanas, 1978.

CHASIN, José. **O que é trabalho?** Conferência proferida na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. (1993).

CLOT, Ives. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006, 222p.

CODO, W. **Saúde Mental e Trabalho**: aplicações na prática clínica: Introdução. In: JAKES, M.G. & CODO, W. (orgs.). *Saúde Mental e Trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 17-29.

CORGOSINHO, I.: **Pensando numa nova abordagem sobre os acidentes de trabalho**; 2000, 139p. Tese de Mestrado.

CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Saúde do Trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para a atuação do (a) psicólogo (a)**. CFP, Brasília, 2008, 74 ps.

DAMIANI, Durval; SETIAN, Nuvarte e DICHTCHEKENIAN, Vaê. **Corticosteróides**: conceitos básicos e aplicações clínicas. **Revisões e ensaios**. São Paulo, 1984, 160-166. Disponível em <<http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/874.pdf>>. Acesso em: 02/05/2009.

DECCA, Edgar. **O nascimento das fábricas**. Brasiliense, 1982, 51ps.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**. São Paulo: Oboré, 1987. 168p.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: ed. Fundação Getúlio Vargas. 1999.160p.

ENRIQUEZ, Eugène. **Rapport au travail et pratique psychosociologique**. *Connexions*, nº 24, 1987, p.85-108.

FISCHER et all. **Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2004, 238.

FOCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Edições Forense Universitária, 1998, 5.a ed. 241 ps.

FOCAULT, Michel. **O nascimento da medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1989, P. 79-98.

FOCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, 17ª Edição.

FORTES, R. V. **Trabalho e gênese do ser social na ontologia de George Lukács**, 2001. Dissertação (mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte.

GARCIA, E. G; ALVES FILHO, J. P. **Aspectos de prevenção e controle de acidentes no trabalho com agrotóxicos**. 1ª. ed. São Paulo: Fundacentro, 2005, v.1. 51p.

GAULEJAC, Vicent de. **As origens da vergonha**. São Paulo: Via Lettera Editora e Livraria, 2006, 240 ps.

JACOB, A. **Emergence de la valeur sociale du travail dans la pensée économique du XVIIIe. Siècle**. In: Jacob, A. & Vérin, H. (orgs.) *L'Inscription Sociale du Marché*. Paris : L'Harmattan, 1995. p. 51-75.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Reforma Sanitária e Saúde do trabalhador**. Rev. Saúde e Sociedade, 1994, no 3. p. 41-59.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do Trabalhador: Um Estudo Sobre as Formações Discursivas da Academia, dos Serviços e do Movimento Sindical**. Tese de Doutorado. Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp. Campinas, 1996, 435f. (mimeo).

LACAZ, Francisco Antônio de Castro. **Saúde do trabalhador: vinte anos de história e trajetória**. In: "Trabalhar, sim! Adoecer, não!" Coletânea de textos. Brasília: Ministério da saúde, 2005, 213p.

LE VEN, Michel Marie. **Trabalho e Democracia: A experiência dos metalúrgicos mineiros (1978-1984)**. Tese de doutorado - Departamento de Ciências Políticas da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 1988, 346f.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. A Dimensão Psicológica. In: ARAÚJO, José Newton Garcia & Cols. **L.E.R. – Dimensões Ergonômicas, Psicológicas e Sociais**, Belo Horizonte: Livraria e Editora Health, 1998. Capítulo 5, p. 201-216.

LIMA, M.E. A. **As novas exigências de qualificação e a saúde no setor automotivo**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 9, nº. 13, p. 159-164, jun. 2003a.

LIMA, M.E. A. **A polêmica em torno do nexa causal entre distúrbio mental e trabalho**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 10, nº. 14, p. 82-91, dez. 2003b.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet. **Processo de vigilância em saúde do trabalhador**. Cad. Saúde Pública [online]. 1997, v. 13. Disponível em < <http://www.scielo.org/scielo.php?> Acesso em: 19/04/2009.

MARX, Karl (1844). **O Capital**. Volume1/1. São Paulo: Civilização Brasileira, 2ª edição, 1971.

MARX, Karl. **Manuscritos Econômicos e Filosóficos e outros textos escolhidos**. São Paulo: Abril Cultural, 1985, p. 61-106.

MENDES, René. **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003, p. 3-92.

NARDI, Henrique Caetano. **Ética, trabalho e subjetividade**. Porto Alegre: editora UFRGS, 2006, 222ps.

NEVES, M.M.B.A. **A modernização industrial no Brasil: o surgimento de novos paradigmas na organização do trabalho** – Artigo publicado em: Centro de Estudos de Educação e Sociedade: Educação & Sociedade: revista quadrimestral de Ciência da Educação, Campinas: Papyrus, n. 45, ago. 1993. p. 268-277. (número especial).

NEVES, Magda Maria Bello de Almeida. **A emergência de novos paradigmas de produção e de gestão do trabalho** – o caso da Fiat – Mg. Relatório de pesquisa (CNPQ) Biblioteca do Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, Bicas e Igarapé, 1996.

OLIVEIRA, André Mourthé. **O processo de modernização da indústria de autopeças mineira e seu impacto sobre o emprego e as relações de trabalho** – Dissertação de Mestrado - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional – CEDEPLAR – UFMG – 1996.

OLIVEIRA, Dalva Lúcia. **A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação**. Revista Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):423-31p.

PICARDI, Aline Costa. **Reestruturação produtiva da cadeia automotiva dos trabalhadores metalúrgicos de Betim: de olho na saúde**. Monografia de conclusão da pós-graduação em psicologia organizacional e do trabalho. Puc Minas-Betim, 2009.

RAMAZZINI, Bernardo. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 1999, 269p.

REBOUÇAS, Antônio José de Arruda. Introdução. In: REBOUÇAS, Antônio José de Arruda et al. **Morte lenta no trabalho: a insalubridade no Brasil**. São Paulo: Oboré, 1989. p 19-23.

SAMPAIO, Jäder dos reis. **As três faces da Psicologia do Trabalho**. Psique – Revista do Departamento de Psicologia da FAHL-FINP, ano 5, n. 6, maio de 1995, p. 19-40.

SATO, Leny. **Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema.** In: Saúde Mental e Trabalho: leituras. Maria das Graças Jaques e Wanderley Codo (Orgs.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. 31-49.

SATO, Leny. **Saúde Mental e Trabalho: os problemas que persistem.** In: Saúde dos Trabalhadores: velhas e novas questões. ABRASCO. Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol. 10, n 4, out/dez de 2005. ISSN 1413-8123.

SINDMET – **Sindicato dos Metalúrgicos de Betim, Igarapé e São Joaquim de Bicas. 30 anos: 1976-2006.** Revista comemorativa: Rona editora, s/d, 52ps.