

Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo

Leny Sato

Universidade de São Paulo

Francisco Antonio de Castro Lacaz

Universidade Federal São Paulo

Márcia Hespanhol Bernardo

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas

Resumo

Este artigo tem por objetivo situar o momento histórico da emergência do campo da Saúde do Trabalhador na Saúde Pública e resgatar experiências que exemplificam diferentes tipos de inserção da Psicologia na saúde do trabalhador. Focaliza a descrição no Estado de São Paulo, que presencia um contexto político e institucional fecundo para o desenvolvimento desse campo a partir de meados dos anos 1980. Recorre-se à apresentação de atividades desenvolvidas pela Psicologia nos serviços de saúde pública que marcam algumas de suas contribuições para a saúde do trabalhador.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; saúde pública; psicologia da saúde; psicologia social; história da psicologia

Abstract

Psychology and workers' health: professional practices and scientific research in São Paulo's Public Health. The aims of this article are to present the historical moment in which an opportunity for psychological research and practices emerges in the field of workers' health in the context of Public Health, and to register experiences that exemplify different insertions of Psychology in workers' health. It focuses the description on the State of São Paulo in the middle of 1980's: the political and institutional context which is favorable to the development of that field. It presents some psychological activities in public health services that highlight the contributions of Psychology to the field of worker's health.

Keywords: workers' health; public health; health psychology; social psychology; history of psychology

Este artigo tem por objetivo situar o momento histórico da emergência do campo da Saúde do Trabalhador na Saúde Pública e resgatar experiências que exemplificam diferentes tipos de inserção da Psicologia na Saúde do Trabalhador. Para tanto, perfaz o seguinte caminho: inicialmente, situa o campo da saúde do trabalhador, configurando o contexto político-institucional e aportando as bases teórico-metodológicas que o singularizam; posteriormente, oferece elementos que retratam a saúde do trabalhador como parte da política de saúde. Em seguida, apresenta a participação da psicologia nesse campo para, então, apresentar algumas práticas da psicologia com vistas a responder às demandas que se apresentavam, segundo os pilares que sustentam as ações em saúde pública.

Os casos relatados localizam-se em um contexto histórico específico e geograficamente circunscrito (o Estado de São Paulo), mas merecem destaque devido aos avanços que

propiciaram para a compreensão das relações entre trabalho e o processo saúde-doença – aqui incluídas as relações entre saúde mental e trabalho – e, particularmente, para o desenvolvimento da psicologia.

O campo Saúde do Trabalhador no Brasil

O contexto político e institucional da saúde do trabalhador no Brasil

O cuidado à saúde dos trabalhadores nos serviços de saúde pública no Brasil dá-se a partir de meados dos anos 80 do século XX. Entre as décadas de 30 e 80, a assistência à saúde da população trabalhadora era atribuição das empresas e da Previdência Social. A regulamentação e controle das condições e ambientes de trabalho eram exclusivamente atribuições do Ministério do Trabalho (Lacaz, 1996).

Esta realidade modifica-se com a redemocratização do país, culminando com a promulgação da nova Constituição Federal (CF) em 1988 (Brasil, 1988). Assim, após mais de 20 anos de regime político discricionário, a sociedade brasileira passa a viver uma atmosfera mais democrática. E, no caso dos direitos sociais, a Saúde figura pela primeira vez numa constituição brasileira como *direito social* (artigos 6º e 196 da CF). Para obter tal direito prevê-se a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), ao qual compete também executar ações de saúde dos trabalhadores (artigos 198 e 200 da CF).

A luta pela redemocratização teve um grande impulso, quando, ao final dos anos 70 do século XX, o movimento sindical retorna à cena política realizando inúmeras greves com ampla participação, nas quais reivindicava democracia no interior das fábricas e maior participação no controle do trabalho, reproduzindo o que ocorreu em diversos países (Bagnara, Biocca, & Mazzonis, 1981; Berman, 1978; Deppe, 1981; Gustavsen, 1982; Humphrey, 1982; Lacaz, 1983; Roustang, 1983).

A atuação do movimento sindical e a inscrição de novos direitos na Constituição Federal colocam em pauta uma outra relação Estado-Sociedade, no que se refere às políticas sociais, particularmente a de Saúde Pública (Lacaz, 1996). E, como parte desta, insere-se a política de saúde dos trabalhadores. Surgem propostas de desenvolvimento de ações em saúde dos trabalhadores na rede de saúde pública, os então chamados Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs). Tais instâncias integram ações de assistência, promoção e prevenção, mediante atuação de equipes multiprofissionais (médicos, enfermeiros, engenheiros, psicólogos, fonoaudiólogos, etc.) com importante participação dos sindicatos de trabalhadores na sua gestão, controle e avaliação (Lacaz, 1996), conforme seria posteriormente previsto na lei do SUS: o controle social.

Tal modelo programático funda-se nas formulações da Saúde Coletiva, no caso do Brasil e, também, na influência de organismos internacionais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da própria Universidade (Lacaz, 1996; Laurell, 1991; Tambellini, 1984).

Trabalho e Saúde nos anos 1970 no Brasil: a abordagem da Saúde Coletiva

Na década de 70 do século passado, tornaram-se maduras as transformações sócio-econômicas, políticas e culturais vividas por alguns países da América Latina com respeito à industrialização tardia e à concomitante urbanização de suas populações rurais. No Brasil, tal processo e sua relação com a saúde-doença passou a ser objeto de estudo da Saúde Coletiva, confluência da Epidemiologia, das Ciências Sociais em Saúde e do Planejamento e Avaliação de Serviços de Saúde (ABRASCO, 1984).

Buscava-se novamente no “social” a determinação dos agravos à saúde dos trabalhadores, conforme postulava a Saúde Pública do século XIX (Rosen, 1958). Tratava-se, ainda, de situar o papel central do trabalho na determinação do processo saúde-doença (Laurell, 1991; Laurell & Noriega,

1989). Desde meados daquela década, são publicados estudos que abordam as relações trabalho e saúde-doença sob tal ótica. São os estudos de Laurell (1975; 1979; 1985; 1989), de Garcia (1983) e Arouca-Tambellini (1978), referentes ao contexto socioeconômico do México e do Brasil, que situam historicamente a situação de trabalho e saúde de vários países latino-americanos.

As relações trabalho e saúde-doença como objeto da Saúde Coletiva vinculam-se à forma histórica particular do processo de industrialização da América Latina. Este fenômeno é caracterizado pela rapidez com que ocorreu e pela sua grande heterogeneidade, no qual os processos de produção definidos por uma nova divisão internacional do trabalho exacerbam-se nos efêmeros “milagres econômicos” vividos por países como Argentina, Brasil, Chile e México, o que promove profundas mudanças na estrutura de classes, com o surgimento de uma classe operária industrial urbana (Laurell, 1985; Singer, 1976). O traço marcante desta industrialização é a tendência à ruptura com formas passadas de produzir e viver, marcada pelo papel da grande indústria multi(trans) nacional de bens de consumo duráveis e pela extrema exploração da força de trabalho, o que se torna possível dada a existência de grande exército industrial de reserva (Singer, 1976). Naqueles anos, os trabalhadores ainda buscavam a regulamentação da jornada de trabalho e melhores salários, ao lado de defenderem sua saúde e integridade física, por meio da luta pela melhoria das condições gerais de trabalho (Rebouças et al., 1989; Ribeiro & Lacaz, 1984).

Nesse contexto, num amplo leque de saberes interdisciplinares, cientistas sociais, políticos, planejadores, profissionais de saúde, juntamente com os trabalhadores e seus organismos de representação estão engajados na mudança da organização, dos processos de trabalho e das tecnologias (Lacaz, 1996), na perspectiva do resgate do *ethos* do trabalho libertário, humanizado e emancipador (Mendes, 1995).

É por meio desse olhar que se busca superar os limites epistemológicos da Medicina do Trabalho-Saúde Ocupacional (Mendes, 1980). Ocorre, assim, a possibilidade de se apreender outras implicações e relações entre trabalho e saúde-doença, como as ligadas à organização/divisão do trabalho – ritmo, duração da jornada, trabalho em turnos, divisão e conteúdo das tarefas, estratégias para elevação da produtividade –; implicações e relações estas, hoje, centrais na discussão da gestão da força de trabalho e que trazem importantes conseqüências para a saúde dos trabalhadores (Kalimo, El-Batawi, & Cooper, 1987; Seligmann-Silva, 1994).

A Saúde Coletiva apreende a categoria trabalho incorporando o conceito de processo de trabalho, no qual o foco não se restringe à sua constituição ambiental – composta de vários fatores e agentes de risco externos ao trabalhador –, mas como uma categoria explicativa que se inscreve nas relações sociais de produção, conforme formulado pelo materialismo histórico (Navarro, 1982). Daí resulta a abordagem que considera o trabalho em suas diferentes formas de organização, divisão e valorização, características de cada formação social, compreendendo as relações entre trabalho e processo saú-

de-doença em suas implicações históricas (Laurell & Noriega, 1989; Navarro, 1982).

Tal enfoque permite uma visão do trabalho que supera aquela do ambiente e seus agentes e da saúde como uma adaptação constante, colocando-a numa perspectiva de interação entre o biológico e o psíquico, constituindo um nexó psicofísico indissociável, cujo desequilíbrio, mediado pelas relações sociais, pode expressar-se numa ampla e variada gama de distúrbios, classificados como doenças, mal-estares difusos, sofrimentos e danos que se somam às doenças ocupacionais clássicas, acidentes do trabalho e às doenças relacionadas ao trabalho (Breilh, 1994; Laurell & Noriega, 1989). Trata-se de patologias de nexó laboral mais complexo do que as doenças ocupacionais, como as doenças cardiovasculares, psicossomáticas e os transtornos mentais (Kalimo et al., 1987; Lacaz, 2000; Marmot & Theorell, 1988).

Assim, além das conseqüências mais visíveis, diretas e específicas das condições e ambientes de trabalho sobre a saúde, decorrentes da ação de agentes de natureza física, química e biológica, também importa desvendar as mediações entre trabalho e subjetividade. E é sob esta ótica que a psicologia vai se apropriar do estudo das relações trabalho e saúde-doença.

Por outro lado, na medida em que se considera que as classes trabalhadoras se constituem num sujeito social e político, a Saúde Coletiva incorpora uma noção de trabalhador que difere da adotada pela Saúde Ocupacional-Medicina do Trabalho, na qual este é visto de forma passiva: como hospedeiro e paciente. Para aquela, o trabalhador é considerado um sujeito de mudanças, com saberes e vivências sobre seu próprio trabalho, compartilhadas coletivamente. Sujeito com capacidade de transformar e interferir em sua realidade de trabalho, mediante a reivindicação de direitos e participação no controle da nocividade do trabalho; na definição consensual de prioridades de intervenção e na construção de metodologias de intervenção sobre a realidade vivida (Laurell, Noriega, Martinez, & Villegas, 1992). A vivência e o saber operários assumem importante papel na estratégia de conhecer para transformar a realidade, na forma de interpretar o adoecimento e organizar os serviços de saúde para operar sobre esta realidade (Lacaz, 1996; Oddone, Re, & Briante, 1981).

Tal visão, no âmbito sanitário, fornece subsídios para a elaboração de políticas de saúde, trazendo maior conscientização política e permitindo atingir maiores níveis de consciência sanitária (Berlinguer, 1978). Busca-se promover um conhecimento compartilhado e ampliado, possibilitando maior poder aos trabalhadores organizados, mediante uma atuação democrática dos profissionais e dos trabalhadores no sistema de saúde (Lacaz, 1996). Tal empreendimento é embasado no campo de conhecimentos e práticas denominado saúde do trabalhador (Lacaz, 1996; Minayo-Gomez & Thedim-Costa, 1997). Trata-se de uma abordagem teórico-metodológica que objetiva o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde-doença, por meio de propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de Saúde Pública.

Saúde Pública e saúde do trabalhador

O modelo de organização de serviços de saúde pública que derivou dessa abordagem insere-se na política de saúde preconizada pelo SUS. Baseia-se nos PSTs surgidos em meados dos anos 80 do século XX, sobretudo no Estado de São Paulo, onde, além do programa estadual, também se observa, no início dos anos 1990, a incorporação de unidades de referência em saúde do trabalhador nas redes de saúde de diversos municípios (Freitas, Lacaz, & Rocha, 1985; Lacaz, 1996), que posteriormente vieram a ser denominados CERESTs (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador). Nesses, a saúde dos trabalhadores é entendida como prática teórica cujos agentes são equipes multiprofissionais e trabalhadores, que buscam colocar a técnica a serviço destes, tendo como interlocutor as frações de classe de trabalhadores industriais, rurais e de serviços, organizados politicamente. Utiliza abordagem clínico-epidemiológica e de planejamento na busca pela atenção em todos os níveis de prevenção, objetivando conhecer os determinantes da saúde na sociedade, com a participação dos trabalhadores organizados, na defesa de sua saúde, ao produzir um conhecimento mais integrado da realidade (Lacaz, 1996).

É nesse contexto que se configura a abordagem da psicologia voltada para a saúde dos trabalhadores. Atua privilegiadamente nos PSTs/CERESTs, que em graus variados executam ações sobre problemas de saúde no trabalho, de forma contínua, num território, articulando ações intersetoriais de promoção, prevenção e cura, tendo como suporte político-institucional a descentralização, a reorganização dos serviços e as práticas de saúde loco-regionais, priorizando a intervenção sobre determinantes dos agravos à saúde oriundos dos variados processos, condições e ambientes de trabalho (Machado, 1997; Sato, 1996).

Psicologia e Saúde do Trabalhador: o início de um novo diálogo

Na década de 1980, quando surgiram os primeiros PSTs, praticamente não havia pesquisas em Psicologia que adotassem um olhar para a saúde do trabalhador em Saúde Pública e a prática nas unidades de saúde da rede pública teve importante papel no sentido de levar essa temática para a reflexão da Universidade. Também é necessário dizer que a formação em Psicologia no Brasil apresenta duas tendências nas áreas de Saúde e de Trabalho/Organizações. A primeira é a de formar profissionais para a prática clínica liberal; a segunda é a de tratar a temática do trabalho e organizações na perspectiva da gestão de recursos humanos em que a ótica da saúde praticamente não comparece.

No entanto, a saúde do trabalhador solicita um olhar que busque formas de atuação que possibilitem operacionalizar a noção de *atenção* à saúde – o que inclui ações de prevenção primária, assistência e promoção da saúde. Isso significa adotar um olhar que não se detém apenas nos aspectos biológicos, incorporando o psíquico e o social e que requer a atua-

ção sobre os problemas humanos no trabalho a partir de um outro *locus*, o do serviço de saúde.

Nesse contexto, a Psicologia inicia a sua aproximação com os problemas de saúde do trabalhador a partir de dois caminhos distintos. O primeiro ocorre em um órgão sindical de pesquisa em saúde e trabalho (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho - DIESAT) (Ribeiro, Lacaz, Clemente, & Dutra, 2002), e o segundo, por meio dos serviços de saúde pública. Essa dupla inserção forneceu à Psicologia dois eixos temáticos importantes: a do planejamento em saúde e a da pesquisa de processos de trabalho que explicassem o sofrimento, as doenças, os acidentes de trabalho e os modos construídos pelos trabalhadores para lidar com os riscos no trabalho.

A inserção do psicólogo no DIESAT possibilitou conhecer – a partir das demandas de pesquisa, de assessoria em avaliação de condições de trabalho e de formação em saúde – os problemas sentidos pelos trabalhadores e pelas direções sindicais como importantes. De modo geral, essas atividades eram desenvolvidas por grupos multidisciplinares compostos por médicos, engenheiros, advogados, ergonomistas, sociólogos e psicólogos (Sato, 1992), adotando os moldes da pesquisa participante e seguindo a orientação do educador Paulo Freire na formação em saúde oferecida para sindicalistas, membros de comitês de saúde e segurança no trabalho nas empresas e ativistas sindicais. No campo da Saúde Pública, as atividades desenvolvidas pelos psicólogos são norteadas pelas diretrizes dos PSTs/CERESTs. Em ambos os casos, a Psicologia Social ofereceu subsídios importantes para compreender os processos de cognição social e a vivência da condição de trabalhador (Berger & Luckmann, 1966; Jodelet, 1984; Munné, 1998).

O método para identificação dos problemas de saúde no trabalho e para a definição de prioridades de atuação, desenvolvido pelo grupo do psicólogo italiano Ivar Oddone (Oddone, Marri, Gloria, Briante, Chiattella, & Re, 1986) teve grande influência na metodologia utilizada no Brasil tanto nos órgãos sindicais como nos serviços de saúde pública. Trata-se de experiência desenvolvida na década de 1960, junto a entidades sindicais italianas, que apresenta os trabalhadores do grupo primário (aqueles diretamente envolvidos nas atividades operativas) como protagonistas principais na definição dos problemas de saúde no trabalho. Considera-se que a avaliação das condições de trabalho e de saúde deve partir da subjetividade e do conhecimento operário. No Brasil, essa perspectiva ficou conhecida como *modelo operário italiano*.

As atividades desenvolvidas pela Psicologia em Saúde do Trabalhador na Saúde Pública

A concepção de base sobre o processo saúde-doença e trabalho apresentada pela Saúde do Trabalhador e as linhas mestras que orientam suas ações abrem amplo leque de possibilidades de adoção de práticas, incluindo as psicológicas, voltadas à saúde dos trabalhadores, as quais, por sua vez, inauguram novas linhas de investigação científica. É possível dizer que são as necessidades trazidas pela prática de

psicólogos nos serviços de saúde que estimulam pesquisas desenvolvidas na Psicologia voltadas para a saúde dos trabalhadores. Por isso, a importância de apresentar algumas das experiências desenvolvidas e que são paradigmáticas dessa afirmação.

Não existindo homogeneidade nas atividades, não é possível encontrar respaldo teórico-conceitual homogêneo quanto às teorias psicológicas que as fundamentam. Tais atividades são norteadas pela busca de respostas a demandas, estando, portanto, ligadas às necessidades sentidas pelos trabalhadores em cada contexto geográfico e econômico. Desta forma, são os problemas conformados pela demanda de serviço que conduzem à necessidade de construir objetos, norteados a busca de apoios teórico-metodológicos e de tecnologias que dão corpo a tais atividades.

Avaliação neuropsíquica

Um dos casos que teve repercussão de âmbito nacional no qual a Psicologia teve uma importante participação foi o de uma empresa química da região do ABCD (Rebouças et al., 1989). Esta demanda para os serviços de saúde pública tem origem no Sindicato de Trabalhadores nas Indústrias Químicas daquela região, em 1987, quando alguns trabalhadores procuram o sindicato porque apresentavam sintomas compatíveis com intoxicação por mercúrio metálico. Para responder a tal demanda, a partir da iniciativa do sindicato e de seu órgão assessor técnico, o DIESAT, diversas instituições de pesquisa (Instituto de Saúde, Universidade de São Paulo, Fundacentro), serviços de saúde pública (PST do ABC paulista, CRST de São Bernardo do Campo) e da área do trabalho planejaram uma atuação conjunta para avaliar as condições de trabalho e os trabalhadores acometidos. A busca de resolução do problema demandou longa negociação entre sindicato e empresa, com mediação da Delegacia Regional do Trabalho, órgão do Ministério do Trabalho.

Tal atividade envolveu a atuação interinstitucional e multiprofissional, com participação de médicos, engenheiros, psiquiatras e psicólogos. Foram feitas avaliações ambientais, clínica, neuropsíquica e laboratorial. Como a contaminação por produtos químicos em geral afeta a esfera neuropsíquica (WHO, 1986), coube aos psicólogos e psiquiatras elaborarem um protocolo de avaliação neuropsíquica (entrevista psiquiátrica e testes neuropsicológicos), para analisar os trabalhadores expostos ao mercúrio metálico. A esfera neuropsíquica é aquela que apresenta os sinais precoces da intoxicação. Assim, os resultados da avaliação foram importantes para definir critérios para afastamento da exposição e tratamento dos trabalhadores. Mudanças no ambiente de trabalho foram propostas e implementadas, trabalhadores foram afastados da exposição e outros foram aposentados por invalidez. Um dos desdobramentos importantes desse caso foi a elaboração de uma norma pelo Ministério de Previdência Social, incluindo critérios de diagnóstico, de tratamento, de alta e de aposentadoria por invalidez. O critério de avaliação neuropsíquica foi relevante e constou da referida norma (São Paulo, 1991). Posteriormente, trabalhadores de indústrias de

lâmpadas de mercúrio de outros municípios foram avaliados por meio da mesma abordagem neuropsicológica.

Caso semelhante ocorreu na cidade de São Paulo. Em 1986, os trabalhadores de uma das principais indústrias produtoras de fios de *rayon* do país entraram em greve após sucessivos acidentes graves ocorridos na empresa. Além das péssimas condições de segurança, uma das razões para esta greve era a suspeita de que os trabalhadores estavam se intoxicando por dissulfeto de carbono. Também nesse caso, a avaliação neuropsíquica foi fundamental para estabelecer onexo causal entre os sintomas referidos e os riscos no ambiente de trabalho.

Ao longo do tempo, os instrumentos de avaliação têm sido modificados e aprimorados. E, situações como aquelas aqui descritas criam as condições para que os serviços públicos de saúde do trabalhador venham incorporar como rotina uma metodologia de avaliação de trabalhadores expostos a metais pesados e a solventes.

A atividade formativo-terapêutica: o caso das lesões por esforços repetitivos

São bastante estudadas entre nós as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) em suas diversas dimensões (Codo & Almeida, 1995; Lima, Araújo, & Lima, 1997; Lima & Oliveira, 1995; Ribeiro, 1997; Ruiz, 2003; Sato, 2001; Settimi, 2001; Souza & Novo, 2000/2001). Trata-se de uma das principais causas de afastamento por doença do trabalho no país, que, em alguns CERESTs, representa cerca de 80% da demanda.

Possivelmente em função das características dessa síndrome e das condições e organização do trabalho que as explicam, muitos desses trabalhadores apresentam sofrimento psicológico importante. Tal sofrimento, testemunhado por médicos que os atendiam no então PST-Zona Norte, na cidade de São Paulo¹, no início da década de 1990, os levaram a solicitar a oferta de atendimento psicológico aos trabalhadores acometidos com LER. Após um trabalho investigativo (conhecimento sobre a doença e conversa com trabalhadores com LER), psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais propuseram uma modalidade de atendimento em grupo. Tal atividade foi denominada *grupo de qualidade de vida*, pois o objetivo era possibilitar que os adoecidos alcançassem uma melhoria da qualidade de vida, apesar da doença. A natureza dessa atividade grupal é formativo-terapêutica e, desse modo, considerou-se importante possibilitar que os trabalhadores se apropriassem de informações, refletissem sobre as condições de trabalho que provocavam o adoecimento e, a partir disso, re-significassem sua trajetória de trabalho e, nela, o processo de adoecimento (Sato et al., 1993).

A situação de trabalho em grupo possibilitava compreender e lidar com os processos de cognição social, com a política identitária, com a ideologia do trabalho em ação e com a força dos discursos socialmente construídos e veiculados sobre a LER. Todas essas dimensões eram relevantes no modo como esses trabalhadores construam ou aderiam a explicações sobre sua situação e se situavam psicologicamente frente a ela, possibilitando compreender o contexto

atual de vida vinculado ao sofrimento psíquico. Desta forma, o objeto da prática psicológica eram os processos de cognição social, fortemente atados à experiência vivida (Munné, 1998; Oliveira, 1997).

Vale destacar que, muito embora os grupos fossem compostos por pessoas que não tinham uma atuação político-sindical, muitas das formas para lidar com as situações apontadas pelos membros do grupo previam formas de atuação coletiva e política, voltando-se para ações em direção à conquista de direitos.

Atualmente, a modalidade de atendimento em grupo, dirigida a essa parcela da demanda, é adotada por muitos PSTs/CERESTs. Em alguns, os grupos complementam o atendimento médico tradicional; em outros, eles são definidos como o principal tratamento oferecido pelo serviço aos trabalhadores com LER. De acordo com as características de cada equipe e da demanda, o atendimento grupal adquire características singulares. Em alguns serviços, a função informativa é priorizada, em outros se destaca o caráter psicoterapêutico e em outros, ainda, o seu caráter de resgate da cidadania (Hoefel, Jacques, Amazarray, Mendes, & Netz, 2004). Por esse motivo, leituras teóricas distintas são adotadas.

Essas experiências foram importantes no sentido de possibilitar um avanço das normas e procedimentos para diagnóstico, tratamento e reabilitação dos trabalhadores com LER (Brasil, 1993; Brasil, 2003; São Paulo, 1992). Nelas, reconheceu-se que a dimensão psicológica também deve ser considerada.

A avaliação dos processos de trabalho na busca da prevenção

Uma das atividades dos PSTs/CERESTs que iniciaram modalidade de prática distinta para a psicologia foi a da vigilância (controlar ou eliminar os riscos para a saúde nos próprios locais de trabalho). Partindo de dados epidemiológicos, de informações fornecidas pelos trabalhadores atendidos nas unidades de saúde e/ou pelos sindicatos e da bibliografia especializada, definem-se prioridades de atuação. O objetivo é identificar riscos à saúde no trabalho e indicar modificações visando à prevenção primária.

Em geral, a vigilância é realizada por equipe multiprofissional (médicos, engenheiros, psicólogos, fisioterapeutas, etc.). Parte-se da compreensão de que essa atividade deva constituir um processo do qual participam o conhecimento técnico-científico e o conhecimento dos trabalhadores. A participação dos trabalhadores na vigilância, garantida por lei federal (Brasil, 1990), é prevista na identificação dos riscos e na elaboração de propostas para a sua eliminação ou controle, bem como no acompanhamento da implementação das mudanças indicadas. Esse pressuposto possibilita que a vivência e a experiência cotidiana dos trabalhadores dialoguem com o conhecimento técnico-científico. Aqui, a influência teórica do *modelo operário italiano* (Oddone et al., 1986) apresenta-se claramente. Esse diálogo é especialmente importante não apenas pelo seu aspecto técnico-científico, mas também por seu aspecto político, pois não são raras as ocasiões em que a equipe de vigilância encontra o local de

trabalho (condições e organização do trabalho) modificado em relação ao que diariamente os trabalhadores o vivenciam. Para a equipe de vigilância, o local de trabalho é apresentado pela empresa como menos danoso à saúde: máquinas perigosas são desligadas, o ritmo de trabalho é diminuído, etc. Sem a participação dos trabalhadores, a situação real nesses casos dificilmente seria considerada; tampouco, poder-se-ia garantir a implementação das mudanças sugeridas a partir dessas avaliações, já que os trabalhadores, quando participam da elaboração de propostas, tornam-se “fiscais” permanentes delas.

É principalmente como pesquisador social que o psicólogo participa da equipe multidisciplinar de vigilância, uma vez que pode atuar como um profissional sensível às formas particulares com que os trabalhadores vêem os riscos do trabalho, aos modos como eles lidam com os mesmos e como se organizam em cada micro-universo (Bernardo, 2002; Sato, 1996). O olhar do psicólogo também está mais atento aos fatores relacionados à organização dos processos de trabalho que podem ter conseqüências negativas para a saúde física e mental dos trabalhadores.

Trata-se, assim, de uma atividade voltada, essencialmente para a prevenção e promoção da saúde. Entretanto, se esta é uma modalidade de atuação em que se abrem novas perspectivas para a Psicologia, é também aqui – e, especialmente, quando os problemas identificados dizem respeito à organização do trabalho – que os limites se apresentam mais fortemente, pois as possibilidades de se proceder a escolhas organizacionais, como a concebe a abordagem sociotécnica (Kelly, 1978), são sempre influenciadas pela contradição, conflito e diversidades de interesses. É nesse âmbito que o conflito capital-trabalho se expressa com exuberância. Interferir na forma como o trabalho está organizado em favor da saúde dos trabalhadores (como a redução do ritmo de trabalho, aumento do número de trabalhadores, modificação do conteúdo das tarefas, mudança na dinâmica das relações interpessoais e da estrutura hierárquica) contradiz os interesses do Capital (Bernardo, 2006). Ademais, a organização do trabalho não se apresenta como fenômeno sobre o qual seja possível definir medidas objetivas, como se faz em relação a produtos químicos e agentes físicos. Assim, mais do que definir padrões a serem seguidos, o replanejamento do trabalho deve dar-se como fruto de negociações coletivas e cotidianas (Sato, 2002).

Educação em saúde e formação de profissionais de saúde

Ao lado das atividades de assistência e de prevenção, a educação em saúde é um dos pilares do tripé do planejamento dos serviços em saúde dos trabalhadores. Tais ações não são mutuamente excludentes. Assim, o atendimento em grupo de trabalhadores com LER e a vigilância também exercem importante papel educativo.

Além dessas situações, nas quais a educação em saúde está presente indiretamente, são também realizadas atividades grupais cuja finalidade primeira é promover saúde a partir

do conhecimento e reflexão sobre: condições/organização do trabalho e seus efeitos à saúde, direitos trabalhistas e previdenciários dos trabalhadores acidentados ou vítimas de doenças do trabalho, funcionamento do sistema de saúde pública, etc. Também aqui o psicólogo tem um importante papel, uma vez que se trata de um profissional do qual se espera uma maior sensibilidade para a compreensão das relações grupais e das demandas que se apresentam.

As atividades de educação em saúde podem ocorrer das mais diversas formas, tais como grupos de formação com sindicalistas e com membros das CIPAs (Comissões Internas de Prevenção de Acidentes), grupos com trabalhadores que buscam assistência nos PSTs/CERESTs ou, ainda, em atividades voltadas para a população em geral com o objetivo de discutir a relação trabalho/saúde-doença, tais como a promoção de debates públicos, de apresentações teatrais e musicais sobre o tema.

Outro papel importante desempenhado pela equipe multiprofissional dos PSTs/CERESTs, em que a participação do psicólogo é relevante, é a formação de profissionais de saúde que atuam em unidades básicas de saúde, pronto-socorros e hospitais. O objetivo dessa atividade é facilitar o reconhecimento, por parte desses profissionais, de que o trabalho possa causar problemas de saúde, de modo a incluir essa visão na prática profissional. A inclusão de tal ótica é importante no sentido de fornecer elementos para o diagnóstico diferencial, particularmente relevante nos casos de saúde mental que possam ter origem no trabalho (Jacques, 2003).

Comentários finais

A história das relações entre Psicologia e Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública evidencia o que também se mostra presente em outras áreas da Psicologia: uma construção “em campo”, mantendo forte diálogo com o movimento social e com os serviços públicos. Nesse caminhar, por um lado a forte presença de regulamentações legais e a conformação do SUS deram nortes, constrangeram ou abriram possibilidades para a construção de um campo para a Psicologia; por outro, deve-se ressaltar que, também a abordagem psicológica influenciou na definição de regulamentações legais previdenciárias, como é o caso do Hidrargirismo e da LER. Nota-se que a criação dos PSTs/CERESTs possibilitou a inclusão da atenção psicológica na promoção, assistência e prevenção na saúde dos trabalhadores, atividades essas que, frise-se, não se dão de modo estanque. Certamente, muitos desafios, perguntas sem respostas satisfatórias e demandas não satisfeitas se apresentam. Para a psicologia, o campo da saúde do trabalhador abre espaço para o desenvolvimento da ciência psicológica na intersecção entre Trabalho/Organizações e Saúde.

Esse campo conta com diversos estudos, muitos deles focalizando as relações entre saúde mental e trabalho, um dos focos importantes que perpassa todas as atividades da Psicologia em saúde do trabalhador. No Brasil, as revisões de Seligmann-Silva (1994) e de Jacques (2003) mostram o amplo

leque de leituras teórico-metodológicas e algumas das coleções de autores brasileiros mostram a diversidade de objetos conformados e de situações de trabalho estudadas, tanto no setor industrial como no de serviços (Araújo, Alberto, Nevez, & Athayde, 2004; Borges, Moulin, & Araújo, 2001; Codo & Jacques, 2002; Silva-Filho & Jardim, 1997). Nem todos esses estudos estão fundamentados pela Saúde Coletiva, mas muitos têm oferecido base teórica e metodológica para o aprimoramento das atividades da Psicologia na saúde do trabalhador em Saúde Pública. Em direção inversa e complementar, a demanda que emerge nos serviços públicos de saúde também tem inspirado e impulsionado o desenvolvimento de pesquisas e estudos diversos sobre a relação entre saúde e trabalho e, particularmente, entre saúde mental e trabalho que incluem aspectos históricos e sociais que compõem o olhar da Saúde do Trabalhador (Nardi, 1997).

Referências

- Araújo, A., Alberto, M. F., Neves, M. Y., & Athayde, M. (2004). *Cenários do trabalho – subjetividade, movimento e enigma*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Arouca-Tambellini, A. T. (1978). O trabalho e a doença. In R. Guimarães (Org.), *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate* (pp. 93-119). Rio de Janeiro: Graal.
- Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO. (1984). *Ensino da Saúde Pública, da Medicina Preventiva, e da Medicina Social no Brasil*. Rio de Janeiro: Autor.
- Bagnara, S., Biocca, M., & Mazzonis, D. G. (1981). Trends in occupational health and safety policy in Italy. *International Journal of Health Services*, 11(3), 431-450.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Nova York: Doubleday.
- Berlinguer, G. (1978). *Medicina e Política* (B. Giuliani, trad.). São Paulo: Cebes/Hucitec.
- Berman, D. M. (1978). *Death on the job. Occupational health and safety struggles in the United States*. Nova York: Monthly Review Press.
- Bernardo, M. H. (2002). Representações dos trabalhadores sobre os riscos em uma usina química: os acidentes e a contaminação nas representações dos trabalhadores. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 5, 1-18.
- Bernardo, M. H. (2006). *Discurso flexível, trabalho duro: o contraste entre o discurso de gestão empresarial e a vivência dos trabalhadores*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Borges, L. H., Moulin, M. G. B., & Araújo, M. D. (2001). *Organização do trabalho e saúde: múltiplas leituras*. Vitória: Edufes.
- Brasil (1988). Constituição Federal. *Diário Oficial da União*. Brasília, 5/10/1988.
- Brasil. Ministério da Saúde (1990). Lei nº 8080/90. *Diário Oficial da União*. Brasília, 02/09/90.
- Brasil. Ministério da Previdência Social. (1993). *LER – Lesões por Esforços Repetitivos: normas técnicas para avaliação da incapacidade*. Brasília: Autor.
- Brasil. Ministério da Previdência Social (2003). Instrução Normativa nº 98. *Diário Oficial da União*. Brasília, 10/12/2003.
- Breilh, J. (1994). *Nuevos conceptos y técnicas de investigación - guía pedagógica para un taller de metodología* (Serie “Epidemiología Crítica”, nº 3). Quito: CEAS.
- Codo, W., & Almeida, M. C. C. G. (Orgs.). (1995). *Lesões por Esforços Repetitivos: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem multidisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- Codo, W., & Jacques, M. G. (Orgs.). (2002). *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes.
- Deppe, R. U. (1981). Work diseases and occupational medicine in Federal Republic of Germany. *International Journal of Health Services*, 11(2), 191-205.
- Freitas, C. U., Lacaz, F. A. C., & Rocha, L. E. (1985). Saúde Pública e ações de saúde do trabalhador: uma análise conceitual e perspectivas de sua operacionalização programática na rede básica da Secretaria de Estado da Saúde. *Temas IMESC, Sociedade, Direito, Saúde*, 2(1), 3-10.
- Garcia, J. C. (1983). La categoría ‘trabajo’ en la medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, 23, 5-19.
- Gustavsen, B. (1982). Direct workers’ participation in matters of work safety and health: Scandinavian strategies and experiences. In S. Bagnara, R. Misti, & H. Wintersberger (Orgs.), *Work and health in the 1980s. Experiences of direct workers’ participation in occupational health* (pp. 131-58). Berlin: Sigma.
- Hoefel, M. G., Jacques, M. G., Amazarray, M. R., Mendes, J. M. R., & Netz, J. A. (2004). Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 7, 31-40.
- Humphrey, J. (1982). *Fazendo o “Milagre”: controle capitalista e luta operária na indústria automobilística brasileira* (M. A. Fonseca, trad.). Petrópolis: Vozes/Cebralp.
- Jacques, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), 97-116.
- Jodelet, D. (1984). Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In S. Moscovici (Org.), *Psychologie Sociale* (pp. 357-378). Paris: Presses Universitaires de France.
- Kalimo, R., El-Batawi, M. A., & Cooper, C. L. (Orgs.). (1987). *Psychosocial factors at work and their relation to health*. Genebra: World Health Organization.
- Kelly, J. E. (1978). A reappraisal of sociotechnical system theory. *Human Relations*, 31(12) 1069-1099.
- Lacaz, F. A. C. (1983). *Saúde no trabalho*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Lacaz, F. A. C. (1996). *Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical*. Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Lacaz, F. A. C. (2000). Qualidade de vida no trabalho e saúde-doença. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 151-161.
- Laurell, A. C. (1975). Medicina y capitalismo en México. *Cuadernos Políticos*, 5, 6-16.
- Laurell, A. C. (1979). Work and health in Mexico. *International Journal of Health Services*, 9(4), 543-568.
- Laurell, A. C. (1985). Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In E. D. Nunes (Org.), *As Ciências Sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas* (pp. 255-276). Brasília: Organização Panamericana de Saúde.
- Laurell, A. C. (1989). The role of union democracy in the struggle for workers’ health in Mexico. *International Journal of Health Services*, 19(2), 279-293.
- Laurell, A. C. (1991). Trabajo y salud: estado del conocimiento. In S. Franco, E. D. Nunes, J. Breilh, & A. C. Laurell (Orgs.), *Debates en Medicina Social* (pp. 249-339). Quito: Organización Panamericana de la Salud.
- Laurell, A. C., & Noriega, M. (1989). *Proceso de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Cebes - Hucitec.
- Laurell, A. C., Noriega, M., Martinez, S., & Villegas, J. (1992). Participatory research on workers’ health. *Social Science and Medicine*, 34(6), 603-613.
- Lima, A. B., & Oliveira, F. (1995). Abordagem psicossocial da LER: ideologia e culpabilização e grupos de qualidade de vida. In W. Codo & C. Almeida (Orgs.), *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção. Uma abordagem interdisciplinar*. (pp. 136-159). Petrópolis: Vozes.
- Lima, F. P. A., Araújo, J. N. G., & Lima, M. E. A. (Orgs.). (1997). *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte: Health.

- Machado, J. M. H. (1997). Processo de vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl. 2), 33-45.
- Marmot, M., & Theorell, T. (1988). Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. *International Journal of Health Services*, 18(4), 659-674.
- Mendes, R. (Org.). (1980). *Medicina do Trabalho – doenças profissionais*. São Paulo: Sarvier.
- Mendes, R. (Org.). (1995). *Patologia do Trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Minayo-Gomez, C., & Thedim-Costa, S. M. F. T. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(supl. 2), 21-32.
- Munné, F. (1998). Constructivismo, construccionismo y complejidad: la debilidad de la crítica en la psicología construccional. *Psicología & Sociedad*, 10(2), 76-94.
- Nardi, H. (1997). Saúde do trabalhador. In A. Cattani (Org.), *Trabalho e tecnologia; dicionário crítico* (pp. 219-224). Petrópolis: Vozes.
- Navarro, V. (1982). The labor process and health: a historical materialist interpretation. *International Journal of Health Services*, 12(1), 5-29.
- Odone, I., Marri, G., Gloria, S., Briante, G., Chiattella, M., & Re, A. (1986). *Ambiente do trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Odone, I., Re, A., & Briante, G. (1981). *Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail?* Paris: Messidor/Éditions Sociales.
- Oliveira, F. (1997). *A construção dos discursos sobre o acidente de trabalho*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Rebouças, A. J. A., Antonaz, D., Lacaz, F. A. C., Ribeiro, H. P., Snelwar, L. I., Sato, L., & Freitas, N. B. B. (1989). *Insalubridade. Morte lenta no trabalho*. São Paulo: Diesat/Oboré.
- Ribeiro, H. P. (1997). Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 13, 85-93.
- Ribeiro, H. P., & Lacaz, F. A. C. (Orgs.). (1984). *De que adoecem e morrem os trabalhadores*. São Paulo: Imesp/Diesat.
- Ribeiro, H. P., Lacaz, F. A. C., Clemente, C. A., & Dutra, P. (2002). Entrevista: Herval Pina Ribeiro, Francisco Antonio de Castro Lacaz, Carlos Aparício Clemente e Pérsio Dutra falam sobre a história do DIESAT. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 5, 63-85.
- Rosen, G. (1958). *A history of Public Health*. Nova York: MD Publications.
- Roustant, G. (1983). Os trabalhadores e a higiene e segurança na França. *Revista Internacional do Trabalho*, 102(2), 247-261.
- Ruiz, R. C. (Org.). (2003). *Um mundo sem LER é possível*. Montevideo: UITA.
- São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde (1991). Resolução Estadual SS-307. Critérios para caracterização donexo ocupacional e do diagnóstico de intoxicação pelo mercúrio metálico – Hidrargirismo – ou suspeita de intoxicação. *Diário Oficial de Estado*. São Paulo, 15/08/91, p.17-18.
- São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde (1992). Resolução Estadual SS-197. Aprova Norma Técnica que dispõe sobre o estabelecimento dos critérios de diagnóstico, dos estados evolutivos, dos procedimentos técnico-administrativos e da prevenção das Lesões por Esforços Repetitivos – LER. *Diário Oficial do Estado*. São Paulo, 16/06/92, p. 24.
- Sato, L. (1992). O psicólogo e a saúde do trabalhador na área sindical. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde – repensando práticas* (pp. 102-121). São Paulo: Hucitec.
- Sato, L. (1993). A representação social do trabalho penoso. In M. J. P. Spink (Org.), *O conhecimento no cotidiano – as representações sociais na perspectiva da psicologia social* (pp.188-211). São Paulo: Brasiliense.
- Sato, L. (1996). As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, 12(4), 489-495.
- Sato, L. (2001). LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 147-152.
- Sato, L. (2002). Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), 1147-1166.
- Sato, L., Araújo, M. D., Udihara, M. L., Franco, F. N., Daldon, M. T. B., Settimi, M. M., Silvestre, M. P. (1993). Atividade em grupo com portadores de L.E.R. e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 21(79), 49-62.
- Seligmann-Silva, E. (1994). *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; São Paulo: Cortez.
- Settimi, M. M. (2001). *Reinserção de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos no mercado de trabalho*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Silva-Filho, J. F., & Jardim, S. (Orgs.). (1997). *A danoção do trabalho – organização do trabalho e sofrimento psíquico*. Rio de Janeiro: Te Corá.
- Singer, P. (1976). *A crise do “milagre”*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Souza, R. H., & Novo, H. A. (2000/2001). Fabricando prazeres, produzindo dores: o cotidiano conjugal de trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 3/4, 31-46.
- Tambellini, A. T. (1984). A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de saúde e trabalho: discurso e prática. In Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Org.), *Ensino da Saúde Pública, da Medicina Preventiva, e da Medicina Social no Brasil* (pp. 11-38). Rio de Janeiro: Autor.
- WHO – World Health Organization (1986). *Principles and methods for the assessment of neurotoxicity associated with exposure to chemicals*. Geneva: Autor.

Nota

- ¹ Em 1994, o Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte de São Paulo foi transformado no Centro de Referência Estadual de Saúde do Trabalhador (CEREST-SP).

Leny Sato, Livre Docente em Psicologia pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, é Professora Associada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia - USP, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho; Av. Prof. Mello Moraes, 1721; São Paulo, SP; CEP 05508-000. Tel.: (11) 3091-4184. Fax: (11) 3091-4460. E-mail: lenysato@usp.br
Francisco Antonio de Castro Lacaz, doutor em Medicina, área de Saúde Coletiva, pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, é professor associado na Universidade Federal de São Paulo. E-mail: franlacaz@medprev.epm.br
Marcia Hespagnol Bernardo, doutora em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo, é psicóloga no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Campinas (SP). E-mail: marciahb@usp.br