

# CADERNOS DE EDUCAÇÃO

ISSN 1982-758X



Saúde dos(as) Trabalhadores(as)  
em Educação

  
ESFORCE  
ESCOLA DE FORMAÇÃO DA CNTE

**CNTE**

Confederação Nacional dos  
Trabalhadores em Educação  
www.cnte.org.br

*Brasil*

Ano XV - Número 22 - janeiro a junho de 2010

ISSN 1982-758X

# CADERNOS DE EDUCAÇÃO



Saúde dos(as) Trabalhadores(as)  
em Educação

**Ano XV - Número 22 - janeiro a junho de 2010**

# Gestão 2008/2011

## Direção Executiva da CNTE

### **Presidente**

Roberto Franklin de Leão (SP)

### **Vice-presidente**

Milton Canuto de Almeida (AL)

### **Secretário Geral**

Denilson Bento da Costa (DF)

### **Secretária de Finanças**

Juçara M. Dutra Vieira (RS) \*

### **Secretária de Relações Internacionais**

Fátima Aparecida da Silva (MS)

### **Secretário de Assuntos Educacionais**

Heleno Araújo Filho (PE)

### **Secretário de Formação**

Gilmar Soares Ferreira (MT)

### **Secretária de Assuntos Municipais**

Marta Vanelli (SC)

### **Secretária de Organização**

Maria Inez Camargos (MG)

### **Secretária de Políticas Sociais**

Rosana Sousa do Nascimento (AC)

### **Secretária de Imprensa e Divulgação**

Antonia Joana da Silva (MS)

### **Secretária de Assuntos Jurídicos e Legislativos**

Rejane Silva de Oliveira (RS)

### **Secretária de Relações de Gênero**

Isis Tavares Neves (AM)

### **Secretário de Política Sindical**

Rui Oliveira (BA) \*

### **Secretário de Saúde**

Alex Santos Saratt (RS)

### **Secretário de Direitos Humanos**

Marco Antonio Soares (SP) \*

### **Secretária de Aposentados e Assuntos Previdenciários**

Maria Madalena Alexandre Alcântara (ES)

### **Secretário Adjunto de Assuntos Educacionais**

Joel de Almeida Santos (SE)

### **Secretário Adjunto de Política Sindical**

José Carlos Bueno do Prado – Zezinho (SP)

### **Secretário Adjunto de Política Sindical**

José Valdivino de Moraes (PR)

### **Secretária Adjunta de Assuntos Educacionais**

Maria Antonieta da Trindade Gomes Galvão (PE)

### **Diretor**

José Geraldo Correa Jr. (SP)

### **Suplentes à Direção Executiva da CNTE**

Janeayre Almeida de Souto (RN)

Paulina Pereira Silva de Almeida (PI)

Odisséia Pinto de Carvalho (RJ)

Cleber Ribeiro Soares (DF)

Silvinia Pereira de Sousa Pires (TO)

Joaquim Juscelino Linhares Cunha (CE)

### **Conselho Fiscal da CNTE (Titulares)**

Odair José Neves Santos (MA)

Mário Sérgio Ferreira de Souza (PR)

Miguel Salustiano de Lima (RN)

Guilhermina Luzia da Rocha (RJ)

Ana Iris Arrais Rolim (RO)

### **Conselho Fiscal da CNTE (Suplentes)**

Rosália Maria Fernandes da Silva (RN)

Selene Barbosa Michelin Rodrigues (RS)

Marco Túlio Paolino (RJ)

### **Coord.do Depto. de Funcionários de Escola (DEFE)**

João Alexandrino de Oliveira (PE)

### **Coord. do Depto. de Especialistas em Educação (DESPE)**

Zenaide Honório (SP)

\* Licenciados até 3 de outubro de 2010

### **Endereço**

SDS Ed. Venâncio III, salas 101/108, Asa Sul, CEP 70393-900, Brasília, DF, Brasil.

Telefone: + 55 (61) 3225-1003 Fax: + 55 (61) 3225-2685

E-mail: [cnte@cnte.org.br](mailto:cnte@cnte.org.br) » [www.cnte.org.br](http://www.cnte.org.br)

# CADERNOS DE EDUCAÇÃO



Ano XV - Número 22 - janeiro a junho de 2010

ISSN 1982-758X

Cad. Educ.	Brasília	n. 22	p. 1-135	jan./jun. 2010
------------	----------	-------	----------	----------------

© 2010 CNTE

Qualquer parte deste caderno pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.

Disponível também em: <<http://www.cnte.org.br>>

**Coordenação**

Heleno Araújo Filho

Joel de Almeida Santos

Maria Antonieta da Trindade Gomes Galvão

Juçara M. Dutra Vieira

Alex Santos Saratt

**Capa, projeto gráfico e diagramação**

Frisson Comunicação

**Secretaria Executiva**

Marcelo Francisco Pereira da Cunha

**Copidesque**

Eliane Faccion

**Revisão**

Eliane Faccion (português)

Rodrigo Rabello da Silva e Formas Consultoria (normas técnicas)

*Esta publicação obedece às regras do Novo Acordo de Língua Portuguesa.  
Foi feito depósito legal.*

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Cadernos de Educação – Ano XV, n. 22, jan./jun. 2010 – Brasília: CNTE, 1996–

Semestral  
ISSN 1982-758X

1. Educação - periódico. I. CNTE. II. Esforce.

CDU 371.321

# CADERNOS DE EDUCAÇÃO



## Sumário

**Apresentação** ..... 7

### Artigos

Caderno de Educação: um instrumento para a luta  
*Alex Santos Saratt* ..... 9

Sinpro/DF: uma experiência de atendimento à saúde dos(as)  
educadores(as)  
*Maria José Correia Barreto, Luciane Kozicz Reis Araujo e  
Victor Mendonça Neiva* ..... 15

Saúde relacionada ao trabalho: as três concepções  
*APP Sindicato (Paraná-PR)* ..... 27

Trabalho, saúde e cidadania: as LER e os transtornos da voz  
*Herval Pina Ribeiro* ..... 45

Trabalhadores da educação: políticas de prevenção e atendimento à saúde  
*Maria de Fátima Barbosa Abdalla* ..... 75

Assédio Moral: autoridade ou autoritarismo?  
*Roberto Heloani* ..... 93

A Saúde do Trabalhador: rever conceitos, ressignificar a prática  
*Manoel Messias Mello e Claudia Rejane de Lima* ..... 113

### Resenha

Síndrome de *Burnout*: uma pesquisa de referência no País  
*Jussara Bueno de Queiroz Paschoalino* ..... 125

### Documento

1º Seminário Nacional sobre Saúde do Trabalhador em Educação ..... 131

## Entidades Filiadas à CNTE

SINTEAC/AC - Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Acre  
SINTEAL/AL - Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Alagoas  
SINTEAM/AM - Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Estado do Amazonas  
SINSEPEAP/AP - Sindicato dos Servidores Públicos em Educação do Amapá  
APLB/BA - Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Estado da Bahia  
SISPEC/BA - Sindicato dos Professores da Rede Pública Municipal de Camaçari  
SINDIUTE/CE - Sindicato Único dos Trabalhadores em Educação do Ceará  
APEOC/CE - Sindicato dos Professores de Estabelecimentos Oficiais Ceará  
SAE/DF - Sindicato dos Auxiliares de Administração Escolar no Distrito Federal  
SINPRO/DF - Sindicato dos Professores no Distrito Federal  
SINDIUPES/ES - Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Espírito Santo  
SINTEGO/GO - Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Goiás  
SINPROSEMMA/MA - Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública Estadual e Municipais do Maranhão  
Sind-UTE/MG - Sindicato Único dos Trabalhadores em Educação de Minas Gerais  
FETEMS/MS - Federação dos Trabalhadores em Educação de Mato Grosso do Sul  
SINTEP/MT - Sindicato dos Trabalhadores do Ensino Público de Mato Grosso  
SINTEPP/PA - Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Pará  
SINTEP/PB - Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Estado da Paraíba  
SINTEM/PB - Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Município de João Pessoa  
SINTEPE/PE - Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Pernambuco  
SINPROJA/PE - Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Município do Jaboatão dos Guararapes  
SINTE/PI - Sindicato dos Trabalhadores em Educação Básica Pública do Piauí  
APP/PR - Sindicato dos Trabalhadores em Educação Pública do Paraná  
SISMMAC/PR - Sindicato dos Servidores do Magistério Municipal de Curitiba  
SINTE/RN - Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Rede Pública do Rio Grande do Norte  
SINTERO/RO - Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Estado de Rondônia  
SINTER/RR - Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Roraima  
CPERS-SINDICATO/RS - Centro dos Professores do Rio Grande do Sul - Sindicato dos Trabalhadores em Educação  
SINTERG/RS - Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Rio Grande  
SINTE/SC - Sindicato dos Trabalhadores em Educação da Rede Pública de Ensino do Estado de Santa Catarina  
SINTESE/SE - Sindicato dos Trabalhadores em Educação Básica da Rede Oficial de Sergipe  
SINDIPEMA/SE - Sindicato dos Profissionais de Ensino do Município de Aracaju  
AFUSE/SP - Sindicato dos Funcionários e Servidores da Educação  
APEOESP/SP - Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo  
SINPEEM/SP - Sindicato dos Profissionais em Educação no Ensino Municipal de São Paulo  
SINETET/TO - Sindicato dos Trabalhadores em Educação no Estado do Tocantins

# CADERNOS DE EDUCAÇÃO

## ► Apresentação

Este número da série *Cadernos de Educação* apresenta uma coletânea de textos resultantes do I Seminário Nacional sobre Saúde do(a) Trabalhador(a) em Educação, realizado entre os dias 17 e 19/11/2009, em Brasília.

Ainda no 30º Congresso Nacional da CNTE, os trabalhadores chegaram ao entendimento da necessidade de se estabelecer um amplo processo de formulação de políticas públicas em saúde do(a) trabalhador(a).

Portanto, o objetivo principal deste *Caderno de Educação* consiste em subsidiar a ação sindical, o que pressupõe atenção ao cotidiano do sindicato em suas múltiplas facetas e, também, ao surgimento de novas bandeiras de luta, inerentes ao sistema capitalista.

Sua estrutura contempla o debate promovido pela CNTE, utilizando textos de palestrantes e colaboradores, para fins de subsídio à mobilização de nossas entidades em torno dessa importante pauta.

Desejamos a todos e a todas um ótimo trabalho e muita disposição para a luta.

Brasília, julho de 2010

*Coordenação da Esforce*



CADERNOS DE  
EDUCAÇÃO



Artigos



# Caderno de Educação

## *Um instrumento para a luta*

ALEX SANTOS SARATT\*

**RESUMO:** Este *Caderno de Educação*, da CNTE, constitui ferramenta de grande valia para o debate e a intervenção em defesa da saúde dos educadores e educadoras e oferece ao movimento um aparato conceitual para investigar o fenômeno do adoecimento e elaborar ações de intervenção na realidade objetiva.

*Palavras-chave:* CNTE. Saúde do trabalhador. Educação e saúde. Adoecimento do trabalhador da educação.

\* Especialista em Metodologia de Ensino de História e Geografia. Secretário de Saúde da CNTE; Professor da Rede Pública Estadual do Rio Grande do Sul e da Rede Pública Municipal de Taquara (RS). E-mail: <alexsaratt@gmail.com>.

## Introdução

A publicação de um *Caderno de Educação*, tratando da questão da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras em educação, expressa, de modo inequívoco, a preocupação da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE) com o tema. Voltado a subsidiar e fomentar a discussão sobre trabalho e saúde na categoria, o *Caderno* também cumpre um papel político e pedagógico: dar centralidade à saúde como ponto de pauta nas negociações coletivas e campanhas salariais dos sindicatos de trabalhadores(as) em educação, permitindo uma intervenção mais contundente no resguardo dos direitos da classe trabalhadora.

Não raro, a luta por legislações e políticas que tratem do adoecimento em decorrência do trabalho fica relegada a um segundo plano, aparecendo até como um apêndice no extenso rol de reivindicações e demandas. Também é recorrente a idéia de que as condições de saúde – individuais ou coletivas – podem ser objeto de negociação ou, mesmo, de alguma espécie de indenização pecuniária. Tais situações são consequência de uma certa “naturalização” da violência das relações de trabalho – conscientemente estimuladas pelo Estado e pelo Capital – e devem ser superadas, sob pena de que o sofrimento e a degradação humana se imponham fatalisticamente.

## Promoção e prevenção da saúde

Não é de hoje que a saúde dos educadores(as) (professores, funcionários, especialistas, aposentados) aparece como uma preocupação para a CNTE. A degradação das condições de exercício profissional, acentuada pelas políticas neoliberais hegemônicas, desde meados dos anos 1990, acentuou um fenômeno que é próprio das relações sociais e produtivas capitalistas: o do adoecimento dos trabalhadores. O estudo promovido pela CNTE sobre saúde mental dos profissionais da educação, realizado na década de 1990, iniciativa ímpar no movimento sindical, é um exemplo concreto disso e permanece como marco referencial para exemplificar a correta articulação entre a investigação científica e a intervenção política.

De lá para cá, assuntos como a síndrome de *burnout*, os transtornos de voz, o assédio moral (ou a violência nas relações de trabalho, como preferem alguns estudiosos), a LER/DORT, entre outros agravos à saúde, ganharam relevância nos debates da categoria. Mas como bem aponta a professora Juçara Dutra Vieira,

[...] o tema ainda não foi incorporado nas pautas de negociação entre trabalhadores e governos. Por enquanto, é mais explorado em palestras, conferências, seminários e afins. São espaços de reflexão coletiva, com graus variados de aprofundamento, porém restritos aos próprios educadores. (VIEIRA, 2004, p. 23).

A percepção de que é preciso dar mais relevo e concretude ao tema nasce não só dos elevados índices de

afastamentos, readaptações ou aposentadorias precoces entre os educadores, mas também da compreensão do lugar ocupado pelo trabalho na sociedade e de suas particularidades sob relações capitalistas de produção. Em outros termos, o processo de adoecimento na atividade educacional implica o reconhecimento de que é uma faceta da exploração do trabalho no capitalismo, que se abate sobre o conjunto da classe trabalhadora, porém com peculiaridades tão específicas quanto o é o ofício de educar. Numa perspectiva classista, a promoção e prevenção da saúde dos trabalhadores(as) devem ocupar um espaço correspondente à sua importância. Mais: do ponto de vista imediato, tratar de políticas voltadas para a saúde dos trabalhadores(as) relaciona-se com qualidade de vida e cidadania; e, do ponto de vista estratégico, dialoga com a emancipação social da classe.

## **Fortalecendo a ação sindical**

O *Caderno* ora apresentado constitui-se, portanto, numa ferramenta de grande valia para o debate e a intervenção em defesa da saúde dos educadores e educadoras. Seus textos buscam unir a formulação teórica com a atividade prática. É uma necessidade do próprio movimento: possuir um aparato conceitual, que permita investigar os fenômenos sociais e elaborar ações concretas, que intervenham na realidade objetiva.

A CNTE, através da realização de um seminário nacional sobre saúde, ocorrido em novembro de 2009, e,

depois, pela formalização de um coletivo *pro tempore*, reunido em março de 2010, busca fortalecer a ação sindical no campo da saúde do trabalhador. O reconhecimento de que, no mundo contemporâneo, as relações de produção restringem aos trabalhadores o seu desenvolvimento e emancipação enquanto sujeito histórico coletivo, implicam na elevação da luta por melhores salários e condições de vida e trabalho a um outro patamar. Isso exige das direções sindicais respostas objetivas para o enfrentamento e a superação dos problemas demandados pela categoria.

As demandas apresentadas, seja no seminário, seja no coletivo, apontam diversas perspectivas, desde a constatação de que se façam mais pesquisas e investigações acerca do processo de adoecimento dos educadores, passando pelo desenvolvimento de um conjunto de políticas de promoção, prevenção e assistência à saúde, até a preocupação com a formação política e sindical sobre saúde. Este *Caderno* se propõe, modestamente, a preencher algumas lacunas e projetar a um patamar mais elevado o debate sobre a saúde dos trabalhadores e trabalhadoras em educação.

## Referência

VIEIRA, Juçara M. Dutra. **Identidade expropriada**: retrato do educador brasileiro. 2 ed. Brasília: CNTE, 2004.



# Sinpro/DF

## *Uma experiência de atendimento à saúde dos(as) educadores(as)*

MARIA JOSÉ CORREIA BARRETO\*

LUCIANE KOZICZ REIS ARAUJO\*\*

VICTOR MENDONÇA NEIVA\*\*\*

**RESUMO:** O artigo apresenta as reflexões e ações realizadas pelo Sindicato dos Professores do Distrito Federal (Sinpro/DF) nas políticas de prevenção e de atendimento à saúde dos professores. As ações realizadas, atualmente, são dirigidas às áreas jurídica e clínica. Avanços foram demonstrados, embora se tenham verificado resistências da parte do governo, em flagrante desrespeito às normas internacionais sobre o tema. Mostra-se ainda necessária a implementação de um sistema de prevenção de adoecimento, visando a resgatar os professores, que, embora ainda não portadores de patologias ocupacionais, encontram-se em situação-limite.

**Palavras-chave:** Profissão docente. Degradação do trabalho. Prevenção de adoecimento. Legislação profissional. Sindicato dos Professores do Distrito Federal.

---

\* Especialista em Administração Escolar. Professora Aposentada Rede Pública de Educação Básica do DF; Coordenadora da Secretaria para Assuntos de Saúde do Trabalhador do Sinpro/DF. *E-mail:* <zezemuniz@sinprodf.org.br>.

\*\* Psicóloga. Coordenadora do Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (Gepsat); Assessora de psicologia em saúde do trabalhador da Secretaria para Assuntos de Saúde do Trabalhador do Sinpro/DF. *E-mail:* <gepsat@terra.com.br>.

\*\*\* Especialista em Direito Ambiental. Vice-Presidente da Área de Saúde da Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB/DF); Assessor jurídico em saúde do trabalhador da Secretaria para Assuntos de Saúde do Trabalhador do Sinpro/DF. *E-mail:* <victor@mendoncaneiva.com.br>.



## Introdução

O Senado brasileiro ratificou em Decreto nº 1.254, de 29 de setembro de 1994 (BRASIL, 1994), a Convenção nº 155 da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Esta Convenção impõe, em seu artigo 4º, que

Todo Membro deverá, em consulta às organizações mais representativas de empregadores e de trabalhadores, e levando em conta as condições e a prática nacionais, formular, pôr em prática e reexaminar periodicamente uma política nacional coerente em matéria de segurança e saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho. (OIT, 1981).

No entanto, para os professores do Distrito Federal, nenhuma medida foi tomada nos mais de 17 anos de vigência desse normativo.

As normas relativas à saúde do servidor público, particularmente do trabalhador em educação, podem ser resumidas, sem exagero, a um pequeno punhado de artigos do Regime Jurídico Único do Servidor Público, que trata da licença médica, da aposentadoria, e faz remissão à readaptação funcional apenas do trabalhador quando já adoecido e, às vezes, já inválido, sem que se atente para evitar o adoecimento.

Saliente-se que o problema de saúde no trabalho, mais que uma questão de direitos humanos ou de preservação do indivíduo – sua maior razão de ser –, possui funestas repercussões também no campo econômico, seja pela queda de produtividade, pelo custeio de benefícios e indenizações ou pelo absenteísmo.

Com efeito, nada há em nossa legislação para atender minimamente o direito dos trabalhadores de educação ou dar cumprimento à Convenção Internacional no que diz respeito ao direito à saúde.

Deve-se levar em conta, ainda, que o trabalho, composto de um complexo sistema de relações e motivações intersubjetivas, de acordo com Dejours (1999), configura-se como o grande palco do sofrimento na contemporaneidade. Por detrás das vitrines do progresso tecnológico e da melhoria da qualidade de vida, surgem as imposições da sua organização: de horário, ritmo, formação, informação, rapidez, produção e adaptação à ideologia dos modelos de gestão.

A situação mostra-se ainda mais grave quando se tem em vista que a Convenção estabelece, em seu art. 4º, item 2, que:

Esta política terá como objetivo prevenir os acidentes e os danos à saúde que forem consequência do trabalho, tenham relação com a atividade de trabalho, ou se apresentarem durante o trabalho, reduzindo ao mínimo, na medida que for razoável e possível, as causas dos riscos inerentes ao meio ambiente de trabalho. (OIT, 1981).

## **A omissão do governo e a ação do Sinpro/DF**

Tendo em vista a omissão governamental, o Sindicato dos Professores do Distrito Federal (Sinpro/DF) criou uma secretaria específica para tratar do tema, responsável pela contratação de especialistas nas áreas jurídica e clínica do trabalho para o atendimento de professores.

O volume crescente de denúncias e reclamações sobre conflitos e sofrimento no ambiente de trabalho levou a Secretaria para Assuntos de Saúde do Trabalhador<sup>1</sup> do Sinpro/DF a demandar ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho (Gepsat) uma pesquisa sobre a interrelação trabalho e saúde dos professores da rede pública do Distrito Federal.

Sob a coordenação acadêmica do Laboratório de Psicodinâmica e Clínica do Trabalho (LPTC) da Universidade de Brasília (UnB), por três meses, psicólogos analisaram as respostas de 1.462 professores que enfrentam situações de ansiedade, depressão, síndrome do pânico, distúrbios auditivos, entre outros (MENDES et al., 2008). O estudo evidenciou o esgotamento profissional e a falta de reconhecimento como fatores determinantes do adoecimento psíquico e do sofrimento no trabalho. Os professores que participaram do estudo relataram situações cotidianas que servem como propulsores do mal-estar, com destaque para solidão, forte competitividade, falta de liberdade na participação dos planejamentos, além de diversos distúrbios físicos e psíquicos.

Com a criação desses atendimentos, o Sindicato abre um canal de expressão de sentimentos para compreender situações ainda não simbolizadas, caracterizadas por angústia, depressão e inúmeras outras enfermidades, que podem, inclusive, atingir o próprio corpo do indivíduo, como úlceras, problemas cardíacos, enxaquecas e dores musculares.

---

1 Na atual gestão (2008/2010), a Secretaria de Saúde é composta pelos seguintes dirigentes: Maria José Correia Barreto – Zezé (coordenadora), Gilza Lúcia Camilo Ricardo e Francisco Raimundo Alves – Chicão.

A concepção dos atendimentos nas áreas jurídica e psicológica é um desafio, pois não se limita a relacionar dados numéricos ou quantificar a dor humana, mas busca lidar com questões subjetivas que afetam e martirizam os que trabalham em uma atividade fundamental para o desenvolvimento econômico, social e afetivo de uma nação.

Nesse tipo de estudo, os dados não resultam em fórmulas que prevêem o próximo passo. O que existe são construções que estimulam a potência reflexiva, ou seja, pela experiência singular, busca-se ressignificar o entendimento de que formas de sofrimento dependem da observação e escuta dos processos coletivos, assim como da disposição para ampliar os meios de trabalho e construir novas ferramentas.

A saúde, nesse sentido, é a possibilidade de o sujeito se colocar em condições de habitar as multiplicidades, de construir recursos capazes de reconfigurar suas práticas psíquicas e sociais de modo mais criativo.

## **Ações jurídicas e evolução do quadro**

Diante do paradoxo exposto, a preocupação atual do Sindicato é problematizar a inclusão na dinâmica organizacional, que age com caráter cruel e desumanizante, sob ditames de um complexo tecnológico dissociado do bem-estar do homem e da vida.

Evidentemente, tal quadro deu causa a inúmeras ações jurídicas, seja na tutela de direitos individuais de

professores, seja na busca por medidas de âmbito coletivo ou difuso que imponham o respeito à saúde dos trabalhadores.

Passados cinco anos desde a implantação do atendimento, verificou-se um crescimento exponencial da demanda, dando a entender que, de parte do Governo do Distrito Federal (GDF), o desprezo e até aviltamento de professores doentes se tornou prioridade, com um quadro crítico no trato com os trabalhadores.

De fato, se até 2006 os principais problemas eram as altas médicas prematuras, aposentadorias por invalidez precoces de professores com capacidade laborativa e o não reconhecimento da ocorrência de doenças ocupacionais, recentemente passamos a conviver com problemas muito mais graves. Desde então, passaram a ser comuns a redução de proventos de aposentados por invalidez e, mesmo, de vencimentos de professores, sem o respeito à ampla defesa e ao contraditório.

Muitas ações por parte da Secretaria de Educação foram realizadas para desprestigiar o direito à saúde dos professores. Um exemplo é a criação de medidas administrativas que prevêm procedimentos burocráticos para homologar o afastamento daqueles acometidos por doenças, bem como recomendações de que, mesmo doentes, os professores trabalhem, até receberem o parecer final.

Diante dessas ações hierárquicas e burocráticas, percebe-se um trabalhador que se sujeita e se vê sujeito por gestões despreparadas para lidar com a impotência e as doenças socialmente produzidas. Os expedientes da Secretaria de Educação parecem buscar a padronização

de condutas, desconsiderando as diferenças individuais e dificuldades diversas em manter e promover o prazer e a saúde no ambiente de trabalho.

Com efeito, não seria exagero afirmar que, quanto à saúde dos professores, a política do GDF tem sido a de universalizar a tragédia, para, pela banalização, torná-la menos sensível aos olhos.

Assim, proporcionalmente ao volume das ofensas, viu-se a necessidade de expandir o atendimento, no sentido de não perder a possibilidade de dar aos casos a atenção e a urgência que lhes são indispensáveis.

Sob este aspecto, atente-se que o perfil do trabalhador envolvido com problemas jurídicos relacionados à sua saúde, a própria sobreposição de regimes jurídicos previdenciários e a urgência que normalmente os casos requerem, impõem que o tratamento do caso, do atendimento até o aviamento das petições e recursos, seja sobremaneira diferenciado, em relação ao atendimento jurídico padrão de um entidade sindical.

De fato, ao contrário do que normalmente acontece, em que o trabalhador busca o sindicato para a resolução de um problema específico, na área de saúde ele vem normalmente abalado do ponto de vista emocional, com uma necessidade absolutamente urgente (como a necessidade de afastamento, de tratamento ou de evitar a perda de proventos), e, dadas as repercussões significativas do problema, é imprescindível que se faça uma investigação mais detalhada do caso, para a aferição do nexo de causalidade entre o seu quadro clínico e o seu ofício profissional.

## Resultados das ações ajuizadas

Nessas circunstâncias, foram ajuizadas centenas de ações no interesse dos professores, ingressou-se com representações no Ministério Público e na OIT, para que fossem tomadas providências. Além disso, passou-se a denunciar os peritos diante do Conselho Regional de Medicina (CRM), e até criminalmente, por abusos cometidos.

Alguns resultados significativos foram atingidos, cujos principais pontos indicamos abaixo:

» Reverteu-se as revisões de aposentadoria com base na Emenda Constitucional (EC) nº 41, de 2003 (BRASIL, 2003), que cessaram de ser realizadas administrativamente e até estão sendo desfeitas, mediante simples requerimentos dirigidos à Secretaria de Educação;

» Houve ganho de causa à quase totalidade de casos de retenção do pagamento de férias e de licença-prêmio de professores;

» Foram conquistadas dezenas de liminares e sentenças, desfazendo redução ou corte de gratificação de professores readaptados, o que continua ocorrendo, apesar da Lei 4.075, de 2007 (DISTRITO FEDERAL, 2007);

» Foram impetradas liminares, desfazendo a redução de adicionais por tempo de serviço, com base na desconsideração como tempo de serviço das licenças médicas que superam o prazo de 730 dias durante a carreira do servidor;

» Foi reconhecido o pedido de licença médica em todos os casos de alta médica prematura;

» Ocorreram sentenças judiciais, reconhecendo o nexo de causalidade entre depressão e o trabalho, além de lesões por esforço repetitivo e problemas vocais;

» Houve diversas liminares, assegurando o retorno como readaptados a professores revertidos ao cargo, após terem sido aposentados por invalidez, o que ainda é sistematicamente recusado pela Secretaria de Educação;

» Foi assegurado, para a grande maioria das professoras gestantes com contrato temporário que procuraram o Sinpro/DF, o gozo de licença maternidade de 180 dias, que é negado pelo GDF.

Esses resultados atingem toda a categoria<sup>2</sup> e implicaram uma mudança geral no tratamento à questão de saúde. De fato, já foram reconhecidas as férias àqueles que estavam de licença para tratamento de saúde em janeiro, as reduções de aposentadoria com base na EC nº 41, de 2003, foram interrompidas, e temos verificado mais zelo de peritos no atendimento, procurando evitar que seus atos dêem azo a denúncias.

## Conclusões

Embora ainda não se possa afirmar que houve uma efetiva mudança no trato com os professores, é inextinguível o reconhecimento de que uma atuação dirigida ao assunto tem um condão efetivamente transformador,

---

2 A categoria a que nos referimos, neste texto, são os professores e especialistas de educação da rede de educação básica pública do Distrito Federal, não incluindo os funcionários da educação, que, no DF, são representados pelo Sindicato dos Auxiliares em Educação (SAE).



além de resolver uma infinidade de casos particulares e trazer uma série de repercussões que atingem positivamente toda a categoria.

Em que pesem tais fatos, é inequívoco que o GDF ainda se encontra inadimplente no direito à saúde dos professores, o que se espera ver resolvido tão logo superados os problemas causados pela morosidade do Judiciário, que, particularmente quanto às perícias, tem se mostrado incapaz de tratar adequadamente o assunto, protelando em demasia questões que, por sua relevância e urgência, mereciam ser tratadas como prioridade.

Na escuta psicológica, propõe-se o fortalecimento do coletivo de trabalho, o que significa a construção de regras para uma solução de compromisso, ou seja, os pactos entre os trabalhadores do mesmo setor para encontrar saídas às adversidades, achar em conjunto respostas políticas e ideias para futuros projetos. Este coletivo e a construção de regras constantes criam soluções de compromisso, que serão alteradas em função das mudanças na organização do trabalho e das novas exigências para a solução dos problemas. Com isso, novas regras vão ter que ser construídas. O coletivo de trabalho não é um grupo, não é simples de ser constituído, uma vez que o trabalho é cada vez mais invadido pelos princípios da qualidade e da excelência.

Percebe-se, na participação dos professores, o desejo de habitar o eixo da emancipação. Suas práticas são reveladas em expressões de reconhecimento, democracia, participação, liberdade, solidariedade, engajamen-

to, confiança, prazer, criatividade, autonomia e respeito às diferenças.

Assim, o canal é aberto para que o sofrimento ético, uma forma de indignação, tenha espaço no ambiente de trabalho. O destino é a mobilização para a mudança, embora constantemente a servidão e a normopatia predominem, excluindo as possibilidades de manifestação dos sentimentos.

É por iniciativas como essas, oportunizando a fala, que o sujeito tem a chance de se apropriar, elaborar e *perlaborar* o que acontece com ele. É a ação pela palavra e pelo agir. Agir enquanto ato, sendo que é nele que se encontram as soluções para o trabalho, as ações sobre o real e as possibilidades de transformações sociopolíticas nos espaços profissionais.

## Referências

BRASIL. Senado Federal. **Decreto nº 1.254, de 29 de setembro de 1994**. Promulga a Convenção nº 155, da Organização Internacional do Trabalho, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, concluída em Genebra, em 22 de junho de 1981. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. **Emenda Constitucional nº 41, de 2003**. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IX do § 3 do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional nº 20, de 1998, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: maio 2010.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DISTRITO FEDERAL. **Lei nº 4.075, de 2007**. Dispõe sobre a carreira de Magistério Público do Distrito Federal e dá outras providências. Disponível em: <<http://sileg.sga.df.gov.br/default.asp>>. Acesso em: maio 2010.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean Bertrand. **Vocabulário da Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

MENDES, Ana Magnólia et al. **Trabalho e saúde dos professores da rede pública do Distrito Federal**. Relatório de Pesquisa. Brasília: SINPRO/DF; GEPSAT; LPCT/UnB, 2008. 81 p. Fotocópia.

OIT. Conferência Internacional do Trabalho. **Convenção nº 155, de 3 de junho de 1981, Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho**. Estabelece Convênio Internacional sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores. Adotada em Genebra, em 22 de junho de 1981. In: BRASIL. Senado Federal. **Decreto nº 1.254, de 29 de setembro de 1994**. Promulga a Convenção nº 155, da Organização Internacional do Trabalho. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao/>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

# Saúde relacionada ao trabalho

## *As três concepções\**

**RESUMO:** Este artigo explicita as várias fases pelas quais passaram as concepções sobre a saúde do trabalhador – ilustradas com as noções de medicina do trabalho, de saúde ocupacional e de saúde do(a) trabalhador(a) –, desde a Revolução Industrial até o presente, mostrando a evolução que sofreram por meio da luta trabalhista, à qual se incorporaram as questões de gênero, no Brasil e no mundo.

*Palavras-chave:* Medicina do trabalho. Saúde ocupacional. Acidente de trabalho. Relações de gênero. Saúde do trabalhador.

---

\* Publicado, originalmente, no Caderno do Curso de Formação para Representantes de Escola 2009, Etapa III (Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores em Educação), p. 12-19, do Sindicato dos Trabalhadores em Educação do Paraná (APP). Site: <[www.appsindicato.com.br](http://www.appsindicato.com.br)>.

## Introdução<sup>1</sup>

Com o advento da Revolução Industrial, o(a) trabalhador (a) passou a vender sua força de trabalho e se adequar ao ritmo da produção, que lhe exigia cada vez mais (inclusive de mulheres e crianças), em exaustivas jornadas completamente desfavoráveis à saúde.

Um grande número de pessoas em espaços inadequados propiciava a proliferação de doenças infecto-contagiosas, ao mesmo tempo em que a periculosidade das máquinas era responsável por mutilações e mortes.

Assim, a medicina passou a atuar no espaço produtivo da fábrica, detectando os processos danosos à saúde e buscando as causas das doenças e acidentes. Destacam-se algumas concepções que se mantêm até hoje, como: Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional e Saúde do(a) Trabalhador(a).

## Medicina do Trabalho

A Medicina do Trabalho (MT) surge como especialidade médica na Inglaterra, no século XIX, por volta de 1830, com a Revolução Industrial. Nesse período as condições de trabalho eram extremamente penosas e precárias.

O desenvolvimento da Medicina do Trabalho voltou-se, essencialmente, ao controle de saúde da força de trabalho, um controle da saúde e do corpo das clas-

---

<sup>1</sup> O presente texto, com exceção do item "Uma questão de gênero" (p. 40), foi elaborado pela Secretaria de Formação da APP com base em *slides* de Guilherme Souza Cavalcanti e Marcos Armando Alves Pereira.

ses mais pobres, para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas.

### *Características da Medicina do Trabalho*

» Serviços dirigidos por pessoas de inteira confiança do empresário e que se dispusessem a defendê-lo.

» Serviços centrados na figura do médico: (i) a prevenção dos danos à saúde, resultantes dos riscos ao trabalho, deveria ser tarefa eminentemente médica; (ii) a responsabilidade pela ocorrência dos problemas de saúde ficava transferida ao médico.

» Serviço baseado no controle da força de trabalho: (i) controle do absenteísmo (ou ausentismo, que são as ausências dos(as) trabalhadores(as) por faltas, atrasos, doenças, licenças); (ii) retorno mais rápido da força de trabalho à produção.

» Os serviços médicos das empresas passaram a criar e manter a dependência do(a) trabalhador(a) (e, frequentemente, dos seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho.

### *Funções da Medicina do Trabalho*

» Assegurar a proteção dos(as) trabalhadores(as) contra todo o risco que prejudique a saúde, resultado do seu trabalho ou das condições em que este se efetua.

» Intervir para garantir a reprodução do processo de produção: (i) selecionando trabalhadores(as) com

maior aptidão física e mental à atividade da empresa, possibilitando a escolha de uma mão-de-obra provavelmente menos geradora de problemas futuros, como o absenteísmo e suas conseqüências; (ii) adaptando os(as) trabalhadores(as) às condições de trabalho pré-estabelecidas; (iii) mantendo o controle sobre a força de trabalho para garantir maiores lucros.

» Contribuir para o estabelecimento e manutenção do nível mais elevado possível do bem-estar físico e mental dos(as) trabalhadores(as).

» Controlar o absenteísmo na força de trabalho já empregada, analisando os casos de doenças, faltas, licenças, obviamente com mais cuidado e mais controle por parte da empresa do que quando esta função é desempenhada por serviços médicos externos a ela.

» Obter o retorno mais rápido da força de trabalho à produção, na medida em que um serviço próprio tem a possibilidade de funcionamento mais eficaz do que as habitualmente “morosas” e “deficientes” redes previdenciárias e estatais, ou mesmo a prática liberal sem articulação com a empresa.

### *Causas da insuficiência da MT*

» A *tecnologia industrial evoluíra* de forma acelerada: desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos e a síntese de novos produtos químicos.

» Sua *impotência* para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção (medicalização).

## Saúde Ocupacional

Num contexto econômico e político como o da II Guerra Mundial e o do pós-guerra, o custo provocado pela perda de vidas – abruptamente por acidentes do trabalho ou mais insidiosamente por doenças do trabalho – começou a ser também sentido pelos empregadores (ávidos por mão-de-obra produtiva) e pelas companhias de seguro, às voltas com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho.

A Saúde Ocupacional surgiu nas grandes empresas com o traço da multi e interdisciplinaridade, com a organização de equipes progressivamente multiprofissionais e a ênfase na higiene industrial.

Na legislação, a Saúde Ocupacional expressou-se principalmente na obrigatoriedade de equipes multidisciplinares nos locais de trabalho; na avaliação quantitativa de riscos ambientais; e na adoção de “limites de tolerância”, entre outras.

A Saúde Ocupacional foi desenvolvida para atender a uma necessidade da produção, porém, não conseguiu atingir os objetivos propostos porque: (i) não concretizou o apelo à interdisciplinaridade – as atividades apenas se justapunham de maneira desarticulada e eram dificultadas pelas lutas corporativas; (ii) a capacitação de recursos humanos, a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanharam o ritmo da transformação dos processos de trabalho; (iii) o modelo, apesar de focar a questão no coletivo de trabalhadores(as), continuou a abordá-los como “objeto”



das ações de saúde; (iv) esteve pautada no modelo ecológico, compreendendo o processo saúde-doença como determinado pela relação homogênea entre ambiente (naturalizado), hospedeiro e agente.

### *Serviços de saúde e segurança ocupacional*

» Foram organizados pelos patrões, sem a participação dos(as) trabalhadores(as).

» Negaram-se a reconhecer que as doenças dos(as) trabalhadores(as) estavam relacionadas ao trabalho, especialmente as lesões por esforços repetitivos (*LER*), os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (*Dort*), as intoxicações crônicas, as doenças cardiovasculares, os transtornos mentais e outras.

» Controlavam o absenteísmo, que era o mais importante para eles.

» Sonegaram informações aos(às) trabalhadores(as) e desprezaram o saber operário.

» Trataram as doenças como fenômenos individuais, escondendo seu caráter social e a relação com o processo de produção.

» Trataram os(as) trabalhadores(as) como “objeto” das ações de saúde ocupacional.

» A aplicação de medidas de proteção foi feita em caráter individual (equipamentos de proteção individual – EPI) e adotaram “limites de tolerância”, medidas ineficazes para a efetiva proteção da saúde dos trabalhadores, pois reduzem a exposição e não eliminam os fatores nocivos à saúde.

» As próprias empresas analisavam os acidentes de trabalho, mascarando a responsabilidade patronal e culpando o próprio trabalhador(a), geralmente por imperícia, descuido ou desatenção (o chamado “ato inseguro”). Configurava-se, desta forma, um modelo patronal tecnicista e distanciado dos(as) trabalhadores(as).

» Tratavam os acidentes de trabalho, passíveis de previsão e prevenção, como inerentes ao trabalho, ou seja, mera consequência. A própria palavra acidente passava a ideia de fatalidade (expressando a concepção ideológica burguesa).

## *Os problemas da Saúde Ocupacional*

Surgiram, em nível da rede pública de serviços de saúde, programas de assistência aos(as) trabalhadores(as), com a participação destes(as) e das suas organizações.

Não houve preocupação com as efetivas condições de trabalho, mas, sim, o atendimento à saúde de quem já estava doente.

Os programas contribuíram para desvelar o impacto do trabalho sobre a saúde, questionaram as práticas dos serviços de medicina do trabalho nas empresas e instrumentalizaram os(as) trabalhadores(as) nas suas reivindicações por melhores condições de saúde.

O exercício da participação do(a) trabalhador(a) em questões de saúde pôs em xeque, em muitos casos, conceitos amplamente consagrados pela saúde ocupacional, na qual exames médicos pré-admissionais e pe-

riódicos eram utilizados para práticas altamente discriminatória.

Assim, os trabalhadores(as) explicitaram sua desconfiança nos procedimentos técnicos e éticos dos profissionais dos serviços de saúde ocupacional (segurança, higiene e medicina do trabalho).

## **Saúde do(a) Trabalhador(a)** *A força do movimento social*

A insuficiência da saúde ocupacional se evidencia e, no final da década de 1960 e início dos anos 1970, surge um movimento social de saúde – renovado, revigorado e redirecionado – nos países industrializados do mundo ocidental, notadamente Alemanha, França, Inglaterra, Estados Unidos e Itália, como expressão do fortalecimento das lutas do movimento dos(as) trabalhadores(as). Um exemplo real é a lei italiana de 1970, que instituiu o Estatuto dos Trabalhadores (ver Anexo, p. 44).

A principal expressão deste momento histórico foi o Movimento da Reforma Sanitária Italiana. Na sequência, o Movimento da Medicina Social Latino-Americana aprofundou o caráter histórico e social do processo saúde/doença, colocando-o como o centro da relação trabalho/saúde.

A efervescência de Maio de 1968 tipificou a exteriorização deste fenômeno. Marcado pelo questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o uso do

corpo e a obsolescência dos valores já sem significado para a nova geração, o movimento abalou a confiança no Estado e pôs em xeque o lado sagrado e místico do trabalho – cultivado no pensamento cristão e necessário na sociedade capitalista.

O processo levou, em alguns países capitalistas, à exigência de participação dos(as) trabalhadores(as) nas questões de saúde e segurança, revelando situações concretas no seu cotidiano, expressas em sofrimento, doença e morte.

A partir daí, houve avanços nos contratos coletivos de trabalho e reconhecimento dos direitos fundamentais dos(as) trabalhadores(as):

- » Direito ao acompanhamento da fiscalização e melhoramento das condições e do ambiente de trabalho.

- » Direito à informação sobre riscos, medidas de controle, resultados de exames médicos e de avaliações ambientais.

- » Direito à recusa ao trabalho em condições de risco grave para a saúde ou a vida.

- » Direito à consulta prévia aos(as) trabalhadores(as), pelos empregadores, antes de mudanças de tecnologias e de formas de organização do trabalho.

- » Participação na escolha de tecnologias.

- » Direito de homologar (confirmar/aprovar) a contratação de profissionais que atuariam nos serviços de saúde no trabalho.

## Saúde do(a) Trabalhador(a) no Brasil

Para Mendes e Dias (1991, p. 347),

[...] a saúde do trabalhador considera o trabalho enquanto organizador da vida social, como espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade.

No Brasil, constituiu-se uma área da Saúde Pública, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos nos ambientes e condições de trabalho que agravavam a saúde do(a) trabalhador(a), organizando-se a prestação da assistência, através do diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integrada, no Sistema Único de Saúde (SUS).

Na concepção do Ministério da Saúde (MS), trabalhadores(as) são todos os(as) que exercem atividade para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais e informais da economia.

Ainda segundo o MS, entre os determinantes da saúde do(a) trabalhador(a) estão compreendidos condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, responsáveis pelas condições de vida; os fatores de risco ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, mecânicos; e aqueles determinantes da organização laboral (presentes nos processos de trabalho).

Assim, as ações de saúde do(a) trabalhador(a) passam a ter como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde/trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

A execução das ações voltadas à saúde do(a) trabalhador(a) é atribuição do SUS, prescrita no artigo 200 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e regulamentada pela Lei Orgânica de Saúde – LOS (BRASIL, 1990). O artigo 6º da LOS confere à direção nacional do SUS a responsabilidade de coordenar esta política.

No parágrafo 2º do artigo 6º da LOS, a saúde do(a) trabalhador(a) é definida como:

[...] um conjunto de atividades que se destina, por meio de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde do trabalhador, assim como visa à recuperação e reabilitação dos trabalhadores submetidos aos riscos de agravos advindos das condições de trabalho.

O conjunto de atividades está detalhado nos incisos de I a VIII do referido parágrafo, abrangendo:

» a assistência ao(à) trabalhador(a) vítima de acidente de trabalho ou portador(a) de doença profissional e do trabalho;

» a participação em estudos, pesquisas, avaliação e controle das condições de produção, extração, armazenamento e transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do(a) trabalhador(a);

» a avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde do(a) trabalhador(a);

» a informação ao(à) trabalhador(a), à sua respecti-

va entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos de ética profissional;

» a participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do(a) trabalhador(a) nas instituições e empresas públicas e privadas;

» a revisão periódica da listagem oficial das doenças originadas no processo de trabalho;

» a garantia ao sindicato dos(as) trabalhadores(as) de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, setor, serviço ou todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do(a) trabalhador(a).

Além da Constituição Federal e da LOS, outros instrumentos e regulamentos federais orientam o desenvolvimento de ações no âmbito do setor de saúde, dentre os quais se destacam as portarias do Ministério da Saúde nº 3.120 (BRASIL, 1998a) e nº 3.908 (BRASIL, 1998b), ambas de 1998, que tratam, respectivamente, da definição de procedimentos básicos para a vigilância em saúde do(a) trabalhador(a) e da prestação de serviços nessa área. A operacionalização das atividades deve ocorrer nos planos nacional, estadual e municipal, aos quais são atribuídos diferentes responsabilidades e papéis.

As normatizações relacionadas ao papel das instituições governamentais na proteção e promoção da saúde

do(a) trabalhador(a) são recentes. No entanto, a legislação trabalhista é bem anterior e assegura o direito à saúde do(a) trabalhador(a), segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), de 1º de maio de 1943 (BRASIL, 1943), e através da Portaria nº 3.214, de 1978, do Ministério do Trabalho (BRASIL, 1978).

A Política Nacional de Segurança e Saúde do(a) Trabalhador(a), publicada em 29 de dezembro de 2004, atribui as responsabilidades institucionais da promoção e manutenção da segurança e saúde do trabalhador ao Ministério do Trabalho, Fundacentro, Ministério da Saúde, enquanto gestor nacional do SUS, e ao Ministério da Previdência Social. Esta tentativa de definir papéis e de estabelecer a necessidade de cooperação mútua entre os diversos setores responsáveis é um passo importante para a cooperação e a integração.

No entanto, a Portaria/MS nº 1.125, de 2005, definiu os propósitos da política: no artigo 2º estão as diretrizes das ações a serem desenvolvidas pelo SUS. Novamente, há muita regulamentação e falta definição clara dos mecanismos de promoção e manutenção da saúde do(a) trabalhador(a) que não são especificados nem em relação à assistência à saúde, atribuição única do SUS.

Observam-se, ainda, no Plano Nacional de Segurança e Saúde do(a) Trabalhador(a) (PNSS), ações que poderiam facilmente ser atribuídas aos outros órgãos, como a vigilância dos ambientes de trabalho e o desenvolvimento de estudos e pesquisas. Seria necessária a definição de prioridades e metas para a estruturação da Rede de Informações em Saúde do(a) Trabalhador(a) e o for-



talecimento e incremento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do(a) Trabalhador(a) (Renast), que beneficiariam os(as) trabalhadores(as) saudáveis e doentes.

Inversamente ao que se deveria esperar, não observamos, efetivamente, a integração dos agentes responsáveis e, sim, uma disputa pelo poder e financiamento da segurança e da saúde do(a) trabalhador(a).

Fica evidente a importância da sociedade como reguladora dessas ações, papel que já foi, em parte, das instituições sindicais, mas que se encontra enfraquecido na atualidade, devido às intensas modificações no mercado de trabalho brasileiro.

## Uma questão de gênero<sup>2</sup>

Como a área da educação reúne um número maior de mulheres que de homens, torna-se indispensável incorporar a perspectiva de gênero, para abordar de maneira integral os problemas específicos, considerando não só as condições no trabalho como também fora dele, assim como suas consequências sobre a saúde.

A questão das diferenças de gênero, colocadas em evidência à luz da organização econômica e política do mundo atual, tem possibilitado o tratamento mais abrangente de problemáticas como o da atenção à saúde das trabalhadoras, a da divisão desigual dos riscos e das doenças e da sobre-

---

2 A presente seção foi elaborada pela Secretaria de Formação da APP com base na dissertação "Trabalho multifacetado de professores(as): a saúde entre limites", de Luciana Gomes, defendida em 2002, na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). 127 p. Disponível em: <<http://portaldes.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/2002/gomeslm/capa.pdf>>, também publicada no citado Caderno do Curso de Formação da APP Sindicato.

carga invisível do trabalho reprodutivo. (BRITO, 1999, p. 7).

Segundo Llobet (2000), o fato de que o homem tenha sido tomado como exemplo do humano prejudica a mulher, uma vez que mulheres e homens apresentam diferenças na forma de adoecer, de morrer, e de fato não têm a mesma carga de trabalho.

As diferenças de gênero podem ser percebidas quando se produzem normas muito desiguais de um grupo de sexo a outro. De acordo com Kergoat (1989), a própria organização do trabalho é exercida de forma diferenciada. Ela observou, na classe operária, que se punem mais as mulheres quando elas questionam o trabalho, e é menor a tolerância à sua dispersão. A preguiça, no trabalho assalariado e no trabalho doméstico, é nomeada como característica feminina da classe operária: a mulher não tem o “direito” de perder tempo.

Embora as mulheres conquistem cada vez mais seu espaço no mundo do trabalho, a maioria, particularmente nas classes mais baixas, ainda se ocupa do trabalho doméstico, assumindo a dupla jornada, o que acarreta tensão, cansaço e sobrecarga física e mental, com efeito multiplicador sobre os riscos invisíveis.

Como aponta Neves (1999), as mulheres professoras têm, em sua maioria, a contaminação dos momentos de tempo livre pelo trabalho doméstico (não reconhecido socialmente), o que contribui para o seu desgaste.

A dupla jornada, além de implicar mais horas de trabalho, supõe uma divisão emocional entre as exigências pessoais e as necessidades da família, gerando com frequência a dupla culpabilidade, e aumentando os acidentes, a pre-

disposição a doenças e a sua cronificação (LLOBET, 2000).

## Referências

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/decreto-lei/del5452.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.125, de 6 de julho de 2005**. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab05/gabjul05.htm>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério do Trabalho. **Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978**. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do capítulo V do Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à segurança e Medicina do trabalho. In: ATLAS. **Manuais de legislação: segurança e medicina do trabalho**. 54 ed. São Paulo: Atlas, 2004. p. 229-232.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/legislação>>. Acesso em: 19 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. [Lei Orgânica da Saúde – LOS]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 19 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.120, de 1º de julho de 1998a**. [Em anexo a] Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador do SUS. Disponível em: <[http://www.pgt.mpt.gov.br/images/arquivos/codemat/ms/Portaria\\_3120\\_GM.pdf](http://www.pgt.mpt.gov.br/images/arquivos/codemat/ms/Portaria_3120_GM.pdf)>. Acesso em: 21 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.908, de 30 de outubro de 1998b**. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3908\\_98.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/3908_98.htm)>. Acesso em: 21 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da

Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114). Disponível em: <[http://www.ims.uerj.br/espmedtrab/doenca\\_trabalhador.pdf](http://www.ims.uerj.br/espmedtrab/doenca_trabalhador.pdf)>. Acesso em: 18 jun. 2010.

BRITO, J. C. et al. **A escola pública**: uma análise das dimensões de gênero, saúde e trabalho. Rio de Janeiro: CESTEH/FIOCRUZ, 1999. Projeto Integrado de Pesquisa.

KERGOAT, D. **Luttes ouvrières et relation de sexe**: de la construction du Subject Collectif. Paris: GEGISST-CNRS, 1989.

LLOBET, Carmen Valls. Mujer y Salud Laboral. **Lan Osasuna**: [revista sobre salud laboral], Gestais: STEE-EILAS, n.1, feb. 2000. Disponível em: <[http://www.stee-eilas.org/dok/arloak/lan\\_osasuna/aldizkar/Lan\\_Osasuna1/10300p4a7.pdf](http://www.stee-eilas.org/dok/arloak/lan_osasuna/aldizkar/Lan_Osasuna1/10300p4a7.pdf)>. Acesso em: abr. 2000.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v25n5/03.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2010.

NEVES, Mary Yale. **Trabalho docente e saúde mental**: a dor e a delícia de ser (tornar-se) professora. 1999. 277 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

## Anexo

Lei [italiana] nº 300, de 20 de maio de 1970

### **Estatuto dos Trabalhadores**

Princípios que orientam o Modelo Operário Italiano:

- » *A não-delegação*: os(as) trabalhadores(as) devem assumir direta e imediatamente a condução da luta em defesa da sua saúde, recusando a tutela e subordinação aos patrões e ao Estado.
- » *A não-monetização do risco*: a luta dos(as) trabalhadores(as) tem como objetivo fundamental eliminar riscos e não buscar a mera reparação das consequências, através de indenizações e adicionais (*monetização* significa transformar em dinheiro). A saúde não se vende. Se defende!
- » *Reconhecimento do saber operário*: as experiências e a reflexão dos(as) trabalhadores(as) são fundamentais na luta contra a nocividade dos ambientes e processo de trabalho, afinal são eles(as) que vivem e sofrem suas consequências.
- » *A validação consensual*: o registro dos problemas prioritários, a definição da pauta de reivindicações e das estratégias de luta são feitas pelo conjunto dos(as) trabalhadores(as).

# Trabalho, saúde e cidadania

## *As LER e os transtornos da voz\**

HERVAL PINA RIBEIRO\*\*

**RESUMO:** Considerando a carência de estudos sobre as relações sociais do trabalho com a saúde e a cidadania, o artigo objetiva abordar a complexa rede de causalidade das doenças coletivas do trabalho, focando sua análise nas *LER* e nos transtornos da voz. Para tanto, evidencia a influência de postulados ideológicos do positivismo científico na formação e na atuação dos profissionais de saúde. Observa-se que, sob tal ideário, são disseminados conceitos e expressões que escondem a causalidade das doenças coletivas do trabalho, contribuindo para esvaziar o conteúdo social e cotidiano dos adoecimentos.

*Palavras-chave:* Doenças do trabalho. *LER*. Transtornos da voz. Degradação do trabalho.

\* Este ensaio tem como principal referência as oficinas sobre transtornos da voz, na Unifesp (2002), com a participação da Apeoesp, Sinpeem, Sinpro/SP, entre outros agentes. Delas resultou o livro "O grito do silêncio: degradação do trabalho e transtornos da voz" (no prelo). A experiência deu lugar ao Projeto de Notificação dos Transtornos da Voz, objeto de convênio entre o Ministério da Saúde e a Unifesp, que concebeu um questionário, para ser preenchido pelos trabalhadores no local de trabalho, para buscar o reconhecimento oficial dos transtornos como adoecimento coletivo do trabalho. Este questionário, iniciado em 2009, está em processo final de validação, quando será possível conhecer a dimensão e a dinâmica desse adoecimento, facilitar o reconhecimento oficial pretendido e trazer os sindicatos das categorias atingidas e suas bases à condição de protagonistas na sua resolução.

\*\* Doutor em Saúde Pública. Docente do Departamento de Medicina Coletiva da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). E-mail: <hervalpina@uol.com.br>.

## Introdução

A revisão bibliográfica sobre o entrelaçamento das relações sociais do trabalho com a saúde e a cidadania mostra a pobreza dos estudos sobre o tema, ainda maior no campo da educação. Mesmo quando as teses do neoliberalismo ruem e as relações sociais do trabalho retomam o *status* de categoria sociológica central, passando a merecer atenção de pesquisas em saúde, é pequeno o número das que as priorizam na complexa rede de causalidade das doenças coletivas do trabalho.

A maioria dos acadêmicos na área de saúde do trabalhador, sem ter consciência disso, perfila-se e age segundo os postulados ideológicos do positivismo científico. E os profissionais de saúde que eles formam e especializam, principalmente nas áreas de medicina e de engenharia de segurança do trabalho, continuam atados à teoria objetiva do nexo causal direto dos acidentes e doenças do trabalho e atêm-se à possibilidade de comprová-lo objetivamente.

A causalidade das doenças coletivas do trabalho permanece escondida, presa às amarras do *trabalho em si*, conceitualmente reduzida ao *risco* ou dispêndio de energia humana *in loco* durante a jornada. Isto faz com que se abram espaços para conceitos e expressões imprecisos, como *estresse* e *assédio moral*.

Os adoecimentos e doenças coletivas vêm-se esvaziados do conteúdo heurístico, social e cotidiano, remetidas suas soluções remediadoras, como a assistência médica ou o contencioso trabalhista e civil.

## A historicidade das doenças do trabalho no Brasil

Por essas e outras razões históricas, a lista oficial de doenças originadas pelas relações e divisão do trabalho ficou por longo tempo restrita a quatro dezenas, atribuídas sempre ao *trabalho em si* – às condições materiais, ligadas às atividades industriais. Somente em 1987, uma “nova” doença, as *lesões por esforços repetitivos (LER)*, sem nexos causal tão estreito, foi acrescida a ela, na primeira vez que uma doença do trabalho, aliás antiga, foi reconhecida oficialmente nas atividades de serviços (inicialmente em instituições financeiras e de crédito).

Mais de 14 anos depois, os ministérios da Previdência Social e da Saúde publicaram nova lista, oficializando conceitos novos e um número expressivo de doenças do trabalho passíveis de notificação (BRASIL, 2001). Registre-se, também, que, dos anos 1970 para cá, enquanto os acidentes do trabalho típicos (maculados por enorme não notificação) decresceram, as doenças do trabalho tiveram ascensão notável, desde a década de 1980. Os acidentes despencaram de 1,9 milhão (1976) para 500 mil (2007). E o número de doenças do trabalho, no mesmo período, saltou de quatro mil para 130 mil. A relação doença/acidente do trabalho subiu de 0,3% em 1980, para 6%, em 2004, e para 30%, em 2007.

Estes dados permitem inferências, como a não notificação histórica das doenças do trabalho e, agora, a



crescente notificação de adoecimentos e doenças *atípicas*. Convidam, também, a pensar o porquê da elevada incidência recente de *LER* e de transtornos psíquicos em trabalhadores das mais diversas categorias e atividades econômicas, nas duas últimas décadas.

## **Morbidade e reestruturações produtivas**

O trabalho e seu valor, as condições de vida, a morbidade e mortalidade modernas têm os pés fincados nas classes sociais que a revolução industrial fez nascer. O espólio negativo ficou com a classe trabalhadora, filha necessária e malquista do capitalismo industrial. Desde então, acidentes e doenças típicas do trabalho têm sido responsáveis por enorme morbidade e mortandade. Por trás das más condições, sempre estiveram relações sociais, tanto mais mórbidas quanto maior a assimetria de poder entre as classes. No decorrer do século XX, tais relações começaram a melhorar e a violência explícita do trabalho a diminuir devido à resistência organizada dos trabalhadores. Ainda assim, milhões continuaram a adoecer e morrer do e no trabalho, por todo o século passado.

O número de mortes por acidentes do trabalho no século XX só foi menor ao de vítimas das guerras (grandes e menores). Junte-se a essa tragédia a das mortes por doenças infectocontagiosas e parasitárias, que dizimaram milhões de pessoas no decorrer dos séculos findo e presente. O maior número de vítimas

em termos absolutos e relativos sempre esteve na classe trabalhadora e entre os mais pobres. No entanto, não são o baixo valor monetário pago pelo trabalho e o desemprego os responsáveis diretos pela elevada morbidade e mortalidade dos trabalhadores, mas, sim, pelas más condições materiais de vida e uma inserção social pior.

Salvo a minoria da classe trabalhadora elevada à condição de *classe média*, a maioria nada ou pouco possui, além da força de trabalho; ao vendê-la, obriga-se a usar conhecimento e experiência em troca de salário e a consumir energia física e intelectual no manuseio de materiais, instrumentos e máquinas. Chama-se a isto *trabalho vivo*, em contraposição ao *trabalho morto*, das máquinas. Da junção dos dois resulta a produção de bens, que têm valor de uso e troca.

Em meados do século XX, uma das grandes mudanças na indústria foi a introdução da microeletrônica, que possibilitou operar simultaneamente várias máquinas e momentos do processo produtivo fabril, elevando exponencialmente a produtividade e o volume da produção. Uma das consequências benéficas da automação foi distanciar o corpo do trabalhador das máquinas e processos industriais, com o que despenhou a exposição aos riscos de acidentes e doenças típicas. Embora incidental, o ganho foi enorme para a preservação física, porém, aumentou o número de trabalhadores com doenças não associadas materialmente ao trabalho, como hipertensão, infarto do miocárdio, úlceras duodenal e gástrica, LER, transtornos psí-

quicos etc., que passaram a ser reconhecidos como doenças do trabalho *atípicas* por não serem consequentes a riscos físicos, químicos e biológicos.

São formas coletivas de adoecer que têm a ver com as relações sociais internas e externas ao trabalho contemporâneo. Internas, porque agora as relações são mais tensas, dada à preocupação em manter o emprego, à intensificação da produção, à pior remuneração e controle mais rígido do trabalho; e externas, diante das incertezas do mercado de trabalho e da precariedade das relações contratuais, pelo não emprego e desemprego, que tensionam a vida social e familiar.

Mostram as estatísticas vitais que os que vendem força de trabalho adoecem mais e vivem menos, mas, como no passado, o patronato não se preocupa com a saúde do trabalhador, a preservação de postos de trabalho nem a oferta de emprego. É da essência do capitalismo reduzir o número de empregados, o valor do trabalho para extrair mais trabalho, diminuir encargos e negar ou sonegar direitos. Aí estão a automação e o formidável exército de reserva de mão de obra, que repõe os que se rebelam, adoecem ou morrem.

As inovações tecnológicas do maquinário e da administração do trabalho sempre caminharam paralelamente à intensificação do trabalho *vivo*. Ao reduzir o tempo *morto* do maquinário, induzem à redução do tempo *morto* do trabalho *vivo*, ou seja, as pausas entre uma tarefa e outra.

As exigências corporais do trabalho contemporâneo mudaram, porque a automação microeletrônica reduziu

o esforço muscular bruto, de elevado gasto calórico. Mas a redução energética das tarefas fabris não deve ser vista como redução de exigências do labor, pois o trabalho com esforço físico foi substituído pelo uso de outros órgãos e centros vitais, como a atenção, a emoção, a audição, a fala, a visão. Hoje, a morbidez do trabalho recai, pesadamente, sobre órgãos que comandam a vida de relação: o psiquismo, a subjetividade, a afetividade e o comportamento social.

O conjunto de mudanças das relações sociais que caracterizou os ciclos anteriores de desenvolvimento do modo de produção capitalista continua na presente reestruturação da produção e do trabalho, na automação microeletrônica, que, como nas outras vezes, pesa nos modos de viver, adoecer e morrer dos trabalhadores e não trabalhadores, embora de modos quantitativa e qualitativamente diferentes.

Em menos de cem anos, a vida tornou-se quase totalmente urbana (suburbana para a classe trabalhadora); a expropriação do tempo do trabalho foi acrescida pela expropriação do tempo de transporte, diminuindo as horas de lazer; o próprio lazer foi transformado em tempo de trabalho; as horas de refeição, usurpadas, dentro ou nas redondezas do trabalho. O que se ganha com força de trabalho vendida determina onde morar, o que se pode comer, como dormir, como e quando amar e quantos filhos ter. Por isso, o tamanho da família encolheu, o Estado institucionalizou a escola e antecipou-a com a creche e a pré-escola para que a mulher partis-se para o trabalho. Quando não se está trabalhando,

transportando-se ou comprando coisas para trabalhar, se está à procura de trabalho.

A despeito da produtividade ter crescido duas mil vezes em cem anos (LANDES, 1994), a jornada formal de oito horas continua nominalmente a mesma e no Brasil só foi fixada nos anos 1930. De lá para cá, as horas e a intensidade do trabalho cresceram, levando à sobra de mercadorias sem vida e de mercadorias vivas sob a forma de força de trabalho excedente.

Hoje, 65% dos trabalhadores dos países industrializados estão em atividades econômicas de serviços em decorrência da automação da produção industrial. Mal remuneradas, tais atividades se realizam em escritórios, lojas e salas de diferentes tamanhos. A similaridade das tarefas é de tal ordem que ao discorrer sobre a degradação do trabalho contemporâneo – que ele sustenta ser generalizada e independer da elevação da escolaridade – Braverman (1980) designa esses trabalhadores, genericamente, de *trabalhadores de escritório*.

O trabalho industrial, que conserva 25% da força de trabalho ativa, mudou muito em conteúdo, organização e formas de controle nos últimos 50 anos, devido à flexibilidade dos processos e relações sociais do trabalho, à produção descentralizada, parcelada e diversificada em regiões e países estrategicamente escolhidos, pela disponibilidade de matéria prima e, sobretudo, de mão de obra barata e mal organizada. A automação também chegou ao campo e acelerou a expulsão de trabalhadores; nos países industrializados o êxodo foi tão grande que não mais que 10% da força de trabalho estão na área rural.

Acuados pela automação, desconcentração da produção, terceirização e informalidade das relações de emprego – sob as políticas neoliberais – os trabalhadores estão na defensiva, razão das empresas se darem ao luxo de exigir-lhes crescente escolaridade, pluralidade de experiências, hígidez e, sobretudo, docilidade. O resultado é a competição desenfreada, o individualismo, a insegurança no emprego e uma seleção na entrada do mercado de mão de obra que beira a eugenia. Diante dessa conjuntura desfavorável e prolongada, como haveriam de adoecer os trabalhadores, senão prematuramente, de mal-estares que expressam as tensões e opressões no e do trabalho, que arrostam para a vida familiar e social?

No Brasil, nos anos 1990 e nos primeiros anos do milênio, houve reformas conservadoras da administração do Estado e da Previdência Social, privatização de empresas estatais estratégicas no campo da comunicação e mineração, adoção de legislação permissiva para facilitar que “organizações sociais” obtivessem financiamento público quase sem ônus e concessões para administrar e operar instalações, serviços e bens públicos, entre eles os de saúde, educação, estradas e transportes urbanos.

No entanto, o balanço das políticas neoliberais no mundo é desfavorável, embora o imaginário das populações assalariadas tenha-se iludido com a queda da inflação e o controle dos próprios gastos, na contramão da oferta abundante de mercadorias e de crédito bancário. A concentração de renda, as desigualdades sociais, o desemprego, o subemprego e a informalidade do em-

prego aumentaram, a degradação do trabalho cresceu, os direitos do trabalho e previdenciários minguaram e os sindicatos e movimentos populares enfraqueceram. Sempre foi preciso aos trabalhadores se movimentarem para que os transtornos de saúde devidos à produção fossem levados em conta pelos médicos, órgãos técnicos do Estado e pelo patronato e passassem, nessa ordem, a ser classificados, gerando direitos.

A indiferença para com a saúde dos trabalhadores deve ser objeto de uma leitura que não leve a estigmatizar patrões, gerentes e chefes e transformar o conflito de classe em demanda judicial individual, de caráter indenizatório, com o que a ação direta da direção sindical é repassada à sua banca de advogados. Sem desculpá-los, é preciso ficar claro que a postura patronal e da gerência tem a lógica sistêmica do capitalismo e da ideologia da classe burguesa, para quem a violência da produção e social parece natural.

Na visão patronal, dos materiais e equipamentos à pessoa do trabalhador, tudo é meio, instrumento de produção e propriedade sua. Os trabalhadores são parte de uma engrenagem, presos, histórica, culturalmente e por necessidade de sobrevivência, a relações sociais de excessiva subalternidade.

## ***LER*: uma doença emblemática**

Ao resgatar os elementos dessa subalternidade histórica, vemos a *LER* como emblema das relações sociais do

trabalho contemporâneo. A inflexão do número de acidentes e doenças *típicas* para o de adoecimentos e doenças *atípicas* do trabalho, puxada de um lado pela automação e de outra pelas LER, originou o deslocamento dos padrões causais objetivos clássicos; assim, as doenças *típicas*, mediadas causalmente por agentes físicos, químicos e bacteriológicos, como poeiras, gases e vapores, calor, ruído, peso, substâncias tóxicas, parasitos, bactérias e vírus, cederam lugar às doenças *atípicas* do trabalho, onde as LER se situam como *doença emblemática de transição*, acompanhada por transtornos psíquicos e outros, relacionados menos com as condições materiais do trabalho e mais com suas condições imateriais. Nem por isso, historicamente, doenças típicas e atípicas do trabalho deixaram de ser contestadas pelo patronato, em juízo ou fora dele.

Embora a causa imediata das LER seja atribuída, com boa dose de razão, aos esforços repetitivos, sua causalidade e a de qualquer doença do trabalho *típica* ou *atípica* não se resume a mediadores causais. O que diferencia um grupo de outro é a materialidade, proximidade e efeitos, qualitativamente diferentes dos mediadores. No caso das doenças *típicas* do trabalho, a presença no ambiente é ostensiva, a exemplo da intoxicação por vapores ou ingestão de chumbo (saturnismo) ou da perda da elasticidade do tecido pulmonar pela inalação de poeira de sílica (silicose).

Falta às LER e às doenças *atípicas* do trabalho a materialidade objetiva, passível de demonstração experimental. A não materialidade impede o diagnósti-



co categórico das doenças atípicas; o médico, em sua prática clínica preta de positivismo, não tem como estabelecer relação linear de causa e efeito. Os que conseguem escapar desse pragmatismo presumem estar diante de uma doença com base na história do trabalho do adoecido e em inferências epidemiológicas; ou seja, no conhecimento sobre as doenças coletivas do trabalho nas várias categorias de trabalhadores.

A globalização das *LER* e o fato inusitado de ser a primeira vez que se reconhece a atipicidade de uma doença do trabalho e suas implicações no campo dos direitos trabalhistas e previdenciários são elementos que reforçam a tese de que a inflexão da morbidade na classe trabalhadora tem a ver com as profundas mudanças das relações sociais no mundo do trabalho. As *LER* sinalizam um modo paradigmático coletivo de adoecer que exige olhar mais agudo sobre as relações sociais do trabalho e de sua importância na perda da saúde; paradigma e olhar que permitem entender as demais doenças coletivas e atípicas do trabalho contemporâneo, como são os transtornos psíquicos, da voz e das demais funções orgânicas. A violência explícita anterior deu lugar a outra, mais sutil, porém mais alargada, das relações sociais do trabalho; estas consomem o corpo por dentro, comprometem antes a função psíquica, a afetividade e a subjetividade, até chegar, quando chegam, às funções orgânicas mais à vista.

No Brasil, certamente, já na década de 1970, ocorriam *LER* na indústria, ainda de base eletromecânica e que acelerara o ritmo e estendera a jornada de trabalho mui-

to além das oito horas, nos anos do “*milagre*” econômico. A intensificação da produção e a extensão da jornada na época engrossaram a insatisfação dos trabalhadores e serviram de estopim para as greves dos metalúrgicos do ABC em 1978.

Observe-se o entrelaçamento histórico, econômico, político e social na trajetória das LER enquanto doença coletiva do trabalho: misturam-se o “desconhecimento” da patologia (apesar de sua antiguidade e do aumento extraordinário no número de casos em países que fizeram reestruturações produtivas e do trabalho); as políticas de pessoal das empresas, que demitiam por improdutividade, sem levar em conta se o trabalhador estava doente e por quê; a eliminação de postos de trabalho em função da automação; a ocultação patronal da doença; o enquadramento insuficiente das doenças do trabalho pelo Estado; a resistência da Previdência Social em conceder os “benefícios” devidos; a repressão no trabalho; a sensação de impotência política e o medo dos trabalhadores.

A constatação de um número expressivo de eventos mórbidos coletivos em categorias de trabalhadores de diversas atividades é o resultado de um olhar novo, epidemiológico, mas, também, da inferência cognitiva. Não obstante, olhar e inferência não esgotam a questão da causalidade das doenças na classe trabalhadora. Com isso se quer dizer que a causalidade das LER e, por extensão, dos demais transtornos coletivos da saúde contemporânea vai além da dedução lógica e óbvia sobre a relação entre o trabalho e alterações biológicas e funcionais; também implica a negação da teoria causal objeti-

va, escopo teórico da medicina positivista, cuja causalidade das doenças se esgota na identificação material de causas passíveis de comprovação objetiva.

Toda doença, as do trabalho entre elas, tem causas. A rejeição não é ao princípio da causalidade, mas à exigência formal do empregador privado e do Estado ao trabalhador para que comprove uma materialidade que pode não existir. Não é fácil discutir uma questão como esta numa sociedade saturada pelo positivismo das ciências naturais e pela lógica matemática que os quer ver em tudo o que é fenômeno social e quer fazer valer, a “ferro e fogo”, as leis e regras estribadas nos princípios positivistas da Infortunística. Proceder desse modo é negar o que os sentidos do observador não captam; é ignorar a história, a ciência, a história da ciência e a história da razão.

Nos últimos cinco anos, observa-se mudança de postura, de regulamentação e obrigações quanto às notificações de acidentes e doenças do trabalho, como a instituição pela Previdência Social do *Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário (NTEP)*. Mesmo com a impropriedade da expressão, o INSS passou a conceder o benefício acidentário sem a necessidade da Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT). Com isso, 136 mil benefícios dessa espécie foram concedidos em 2007. Em apenas um ano, o número de doenças e acidentes do trabalho cresceu em 27,5% [de 512 mil (2006), para 653 mil (2007)]. O aumento se deveu aos 136 mil casos de doenças, 92 mil referidas ao sistema osteo-muscular e tendinoso e nove mil aos transtornos psíquicos.

## Os transtornos da voz: teoria e práticas

A fala não é genética; aprende-se a falar com os outros. É uma invenção humana sem par, fruto de uma aprendizagem coletiva, provavelmente, o atributo sociocultural histórico que mais intimamente está ligado à evolução humana e que mais distingue a espécie. Com a fala, o homem ampliou seu espaço físico e cognitivo e elevou-se à condição de humanidade. Expressão racional da voz, é a maneira mais direta, embora imaterial, de o homem exteriorizar suas necessidades, ideias e sentimentos, resultado da interação do corpo com a natureza e o meio social que ela ajudou a construir.

Os órgãos envolvidos na produção da fala e linguagem não têm como função precípua produzir a voz; todos se incumbem de funções mais essenciais à sobrevivência, como a respiração, a mastigação e a deglutição; nem mesmo a laringe, trecho pequeno do tubo de passagem do ar inspirado e expirado, tem a função exclusiva de produzir a voz.

O fato é que mais recentemente a voz, de meio de comunicação e defesa, foi transformada em instrumento de trabalho degradado e a fala passou a ser vendida como mercadoria. Mais do que um problema individual e localizado de saúde, os transtornos coletivos da voz são a manifestação de um adoecimento social que precisa de acuidade indiciária para melhor levar à sua causalidade. Sem refletir e teorizar sobre a experiência cotidiana do trabalho, é impossível compreen-

der fenômenos sociais, como os adoecimentos e doenças coletivos.

Na 10<sup>a</sup> versão de sua Classificação Internacional de Doenças, a Organização Mundial de Saúde (1997) acrescentou ao título antigo o adendo “e problemas relacionados com a saúde”, reconhecendo oficialmente transtornos da saúde ou adoecimentos que não configuram o *estado de doença*. Portanto, tê-los não é estar doente. *Adoecimento* é uma alteração da saúde sem perturbações morfológicas e funcionais importantes. Costuma ser um estado mais subjetivo que objetivo, isto é, há mais sintomas que sinais exteriores de sofrimento. Às vezes, até para seu portador é um evento impreciso, faltam-lhe causas e nexos causais explícitos e uma história orgânica preconizada pelo modelo biológico hegemônico de doença. É mais fugaz, repetitivo, tem baixa densidade orgânica e insignificante repercussão morfofisiológica e guarda distância da morte; mas tem proximidade com a doença, vez que tem causalidade e consequências, como sensações orgânicas desagradáveis, desânimo, alterações do humor e do psiquismo, dor física de baixa intensidade. Caracteriza-se por sensações subjetivas, que não obrigatoriamente evoluem para as alterações morfológicas e funcionais que configuram o estado de doença explícita.

É a passagem dessas sensações desagradáveis do indivíduo para o coletivo que dá ao adoecimento e à doença o caráter de fenômeno social, requerendo interpretação histórica e sociológica, por conter significados que extrapolam o sofrimento pessoal. Os adoeci-

mentos e doenças coletivas são metáforas da sociedade na qual se vive, como já dizia Virchow (apud ROSEN, 1994) e dizem Sontag (1984), Berlinguer (1988) e Tronca (2000); ou signos, como prefere Bakhtin (2004). Metáforas e signos expressam fenômenos sociais que precisam da reflexão, para serem socialmente valorizados e enfrentados.

No caso dos transtornos da voz, a primeira indagação é o porquê da reação funcional exacerbada (às vezes, catastrófica, de órgãos humanos sob estímulos de baixo poder de provocação, como a fala), que, a partir de dado momento, ocorre maciçamente em categorias de trabalhadores, com o caráter de problema social objetivo. O intrigante não é a reação orgânica, individual, mas aquela cujos sintomas e sinais são referidos aos mesmos órgãos, quase que simultânea no tempo e lugar em muitos trabalhadores, simulando epidemia e endemia, embora sem transmissibilidade objetiva. Pior é que podem mudar para o estado de doença com lesões anatômicas e alterações fisiopatológicas objetivas. Se não há infecciosidade, como e por que sua coletivização?

Sem desmerecer os possíveis méritos das investigações para compreender as respostas do organismo humano às exigências do trabalho, a busca de causas das doenças tem-se prestado incontáveis vezes a outros fins, que não os da proteção ou preservação da saúde dos trabalhadores, pois a fixação de embargos para o trabalho está na ordem do dia. São exigências velhas e novas com vistas à produtividade e ao rebaixamento do custo da força de trabalho.

A detecção antecipada de alterações morfológicas ou funcionais e sua interpretação positiva dependem de sensores e censores – os profissionais de saúde. No entanto, ao antecipar diagnósticos das fragilidades orgânicas e da mente do trabalhador, necessariamente não vão ao encontro da proteção de sua saúde mas da garantia da produtividade e da produção das empresas e organizações. Conforme a orientação patronal, discriminam asmáticos, homossexuais, hemofílicos, deficientes físicos, mulheres, idosos, disfônicos etc., tidos como insuficientemente saudáveis e pouco produtivos. Recusam a diversidade humana e descartam as pessoas mais sensíveis que, ao adoecer precocemente, revelam a morbidez do trabalho. Resultado: ao invés da valoração social dos adoecimentos e doenças coletivas, nega-se o direito ao trabalho.

O comportamento universal das empresas desnuda preconceitos, em direção a uma política de expurgo – eficaz, socialmente tolerada, cujos substratos são a insensibilidade patronal e a sujeição da classe trabalhadora, comuns às sociedades de classe. Por vezes, o expurgo é acobertado pelo discurso sanitário: o de que as empresas excluem e selecionam para proteger o trabalhador pouco saudável; uma falsidade ideológica, com o que asmáticos e disfônicos são impedidos de trabalhar onde haja poeira; mulher e idoso não podem carregar peso; hemofílicos não podem se empregar em laboratórios e serviços de radiologia etc. Subtraem-se os motivos da presença dos agentes nocivos do trabalho e se empresta caráter de patologia às diversidades bio-

lógicas humanas. Os termos da equação são invertidos: naturalizam-se as más condições e a nocividade da produção e do trabalho e socializam-se as perdas, pelo adoecimento e a exclusão. Isto fica mais claro nos países da periferia do sistema capitalista onde as condições de trabalho são mais predatórias.

Assim, quem não é acaba rotulado de susceptível, predisposto ou inadaptável, porque cedo ou tarde o corpo reage de algum modo ante uma condição nociva. Adoecido, o trabalhador nega o adoecimento a si e aos que lhe são próximos por temor de ser mandado embora. Contudo, a persistência, repetição e exacerbação de sintomas e sinais de sofrimento terminam em ausências ao trabalho e em queda da produtividade. E o adoecimento faz-se socialmente visível.

Ao se manifestar da mesma forma em categorias de trabalhadores que têm em comum fazer uso de órgãos e funções do corpo como instrumento direto de trabalho, o adoecimento adquire novo significado. O sofrimento individual e disperso faz-se público, como os transtornos da voz em professores, operadores de telemarketing, cantores, comunicadores e atores; como as *LER* em bancários e categorias afins e como os transtornos psíquicos em todos.

Ao socializar-se, o adoecimento transcende o registro formal; os dados estatísticos, frios e manipuláveis de organizações, empresas e institutos de previdência terminam por abrir espaço à inquietude social, ganham outro sentido e destino. Despertos pela coletivização do adoecimento percebida nas antessalas dos



serviços médicos periciais e consultórios, os adoecidos tomam consciência da violência do trabalho da qual são vítimas, juntam-se e procuram construir perspectivas para além do cuidado individual. A reação orgânica inicial e a perplexidade são substituídas por uma postura de inconformismo coletivo, que ajuda a identidade entre os sujeitos em busca da resolução comum dos problemas. Foi o que gerou o projeto de notificação compulsória dos transtornos da voz em curso.

O conhecimento de que o uso excessivo ou imoderado do corpo faz adoecer é ancestral e incorporou-se ao senso comum. Esse tipo de uso provoca mal-estar e chega a causar alterações morfológicas e a prejudicar as funções de qualquer órgão, como no caso dos envolvidos na produção da voz. Porém, os aspectos clínicos individuais dos transtornos da voz não são os objetivos do projeto, mas a busca da causalidade de sua coletivização e significados sociais, pois o imoderado uso da fala não é fator mórbido determinante, mas subsequente.

No Brasil, até a segunda metade do século XX, os transtornos da voz eram tidos como fortuitos e individuais; começaram a merecer alguma atenção de administradores públicos do ensino, com o crescimento do número de profissionais da educação afastados das escolas. Desde então, vêm se constituindo em crescente problema coletivo de saúde dos educadores, mas também social: Como substituir o profissional? O que fazer com o aluno menor da escola pública sem aula?

Na última década o problema ganhou corpo e atingiu uma categoria nova, a de operadores de telemarke-

ting. Como sempre as acusações caíram sobre os adoecidos, suspeitos de não querer trabalhar, acusação habitualmente estendida ao conjunto dos trabalhadores.

Na condição de empregadores, o Estado e as empresas se escusam da responsabilidade pelo adoecimento dos empregados. A relevância vai para a ausência ao trabalho e a preocupação gerencial volta-se para a demora do retorno, para as despesas com as horas não trabalhadas e para a queda da produtividade; segue-se a elaboração de normas de controle mais rígido da evasão. É a lógica histórica das sociedades de classe e do trabalho transformado em mercadoria.

Apesar de quatro décadas de registro aleatório dos transtornos coletivos da voz nos profissionais da escola público, o número de pesquisas sobre sua coletivização não chega a três dezenas. Recentemente têm dado lugar a dissertações de mestrado e teses de doutorado na categoria dos profissionais em educação e na de operadores de telemarketing, atores e locutores. Com poucas exceções, as abordagens têm seguido o escopo da medicina ocupacional, com preocupações em identificar *fatores de risco* e nexos causais mais ou menos diretos, mensurar o ausentismo e operacionalizar intervenções tópicas.

Transformados em problema de saúde coletiva, do trabalho e social, os transtornos da voz começaram a ser objeto de relatos em congressos e seminários de especialistas como *doença ocupacional*, o que equivale a considerá-los inerentes ao exercício de ocupações, escamoteando a existência e determinação das relações

sociais. Naturalizados, os transtornos da voz passam a ser de responsabilidade do trabalhador, por ter escolhido a ocupação, não se cuidar, utilizar a voz inadequadamente, ser “susceptível” ou “predisposto”.

O mito da falsidade de caráter do trabalhador está muito presente, particularmente agora, quando adoecimentos coletivos ganham dimensões de epidemias e endemias comportamentais. O aparato administrativo e técnico do sistema é parte interessada na permanência desse mito; mas quem faz da medicina uma prática é o doente com sua dor e não quem vive dela.

O fato de trabalhadores de várias categorias adoecerem coletivamente de um aparelho orgânico usado como ferramenta de trabalho sugere pertencimento de classe, pois somente os que vivem do trabalho adoecem coletivamente do trabalho; já o uso do corpo como força de trabalho e mercadoria afirma a condição de pertencimento de classe submetida. A diferença de concepção entre *doença natural* e *doença social* não é pequena nem meramente semântica; enxergar naturalidade em doenças do trabalho é negar sua causalidade social.

Onde ecoa a plenos pulmões a voz do capital, ninguém imagina extinguir as ocupações “periféricas” surgidas uma atrás da outra. O Estado brasileiro acostumou-se a reforçar a violência do trabalho: não busca soluções duradouras para os problemas sociais; atenua-os com programas assistenciais e com a aplicação de leis e normas, tornando moralmente aceitável o que não é. Veja-se a regulamentação de ocupações transi-

tórias, como a de moto-frete, telemarketing e o comércio ambulante.

A degradação do trabalho contemporâneo é tanto maior quanto mais baixa sua importância social e sua posição na hierarquia das ocupações. Acoberta-se a amoralidade do subemprego e das ocupações anômicas, como as de catadores de lixo, ambulantes, motofretistas e empregados em segurança privada, sob o discurso enganoso de que todo e qualquer trabalho dignifica. As condições de trabalho nessas ocupações são deploráveis. As estatísticas mostram que uns são vítimas contumazes de acidentes, outros de transtornos psíquicos, da voz e *LER* ou de lesões dolosas. Assim se estabelecem hierarquias mórbidas do trabalho e modos diferentes de adoecer e morrer.

Sem negar os avanços do conhecimento na otorrinolaringologia, fonoaudiologia e fisioterapia, o inusitado não está no campo biológico e nas modificações fisiopatológicas responsáveis pelas alterações da voz; nem nos meios diagnósticos e terapêuticos. Os profissionais de saúde usam esses conhecimentos ao tratar individualmente os adoecidos. O inusitado está na expansão dos transtornos e sua causalidade, complexa, por envolver transformações do mundo do trabalho que o exercício clínico não alcança.

São mudanças que atuam nas interrelações sociais e pessoais, com interferência dos centros neuropsíquicos, envolvendo cognição, emoção e linguagem. Agem mais insidiosamente sobre a mente do que sobre os órgãos diretamente envolvidos na emissão de sons e da

fala. No entanto, os transtornos da voz são discutidos como alterações da laringe ou de órgãos diretamente envolvidos na sua emissão, o que faz com que sejam vistos sob o ângulo das disciplinas médicas e como patologias individuais.

São raras as produções científicas nessas áreas que colocam a preocupação com a rede de causalidade dos transtornos coletivos. As causas das alterações são inferidas e o trabalho só é lembrado quando o adoecido se refere ao uso da voz como instrumento de trabalho. Trata-se, porém, de hipótese não passível de comprovação objetiva, embora, com base em estudos epidemiológicos quantitativos, haja a conclusão óbvia de que o uso excessivo ou inadequado da voz, a inalação de microorganismos (ácaros, bactérias e vírus), poeiras, ar confinado e permanência em temperaturas desconfortáveis e ambientes barulhentos atuem como agentes provocadores, precipitantes ou associados.

Não escaparia aos profissionais de sala de aula que seus transtornos de voz têm relação com o trabalho. Melhoraram o acesso aos serviços médicos, a qualidade do diagnóstico, o tratamento e o prognóstico dos transtornos da voz para os educadores dos estados mais desenvolvidos e cidades maiores. As lesões mais graves, como laringite crônica, pólipos, nódulos e câncer parece que estão sendo mais prontamente atendidas. Pela proteção da voz e da prevenção coletiva nada ou pouco se fez, apesar dos transtornos terem aflorado há quase meio século entre profissionais das escolas públicas.

As razões são conhecidas: o empregador público ou privado está mais preocupado com a presença do trabalhador no trabalho do que com sua saúde. E sobram trabalhadores em educação, como sobram candidatos a operadores em telemarketing, categorias com maior número de trabalhadores com transtornos da voz inscritos na pauta administrativa das organizações estatais e privadas quando as ausências e afastamentos do trabalho apontaram nas estatísticas.

É de se imaginar os contratemplos de um professor disfônico em sala de aula. Por parte do empregador, a intervenção se dá no campo normativo, visando controlar, ao máximo, as ausências ao trabalho. Esta é, de resto, a forma de atuação dos serviços médicos periciais, estatais ou não.

## Conclusões possíveis

Os transtornos coletivos da voz têm causalidade nas relações sociais do trabalho determinadas pelo modo de produção; não ocorrem tão somente devido às exigências do trabalho mas ao trabalho tomado como categoria sociológica de análise do modo capitalista de produção, desde a revolução industrial e burguesa. Como tal, o trabalho é mais do que o trabalho abstrato, *trabalho em si*; envolve relações sociais históricas, contraditórias, dialéticas e, portanto, mutáveis, dentro e fora da produção; abarca o espaço temporal, social, orgânico, mental, cognitivo, afetivo e material dos que trabalham.

Nos últimos 50 anos, a polaridade de classes teve os limites borrados pela tendência mais forte de o Estado favorecer o capital com políticas e ações, como as de inclusão social (real ou aparente) de estamentos e segmentos de classe, e as de exclusão, que atingem a classe trabalhadora sobretudo nas bordas do sistema capitalista globalizado. Não são políticas e ações improvisadas; têm bases e corpo doutrinário e ganharam consistência e fôlego com a derrocada do *socialismo de Estado* no leste europeu, após a qual o capitalismo se universalizou e o dinheiro, o poder e a propriedade (inclusive da ciência e da tecnologia aplicadas) concentraram-se nas mãos de algumas “famílias” envolvidas em toda espécie de negócios (lícitos e ilícitos).

Quando trabalhadores adoecem coletivamente e guardam atributos comuns de trabalho, como o uso de instrumentos materiais e do próprio corpo, sob exigências físicas e psíquicas desproporcionais às suas capacidades, por força de relações de subalternidade na produção e de classe na sociedade, a hipótese é que estas estejam envolvidas na causalidade do adoecimento. Isto transcende as características e peculiaridades orgânicas e mentais individuais e as exigências materiais e organizacionais da produção. A similaridade, proximidade e, paradoxalmente, a diversidade de tantos elementos explicam porque numa mesma categoria muitos trabalhadores ressentem-se e vão embora, outros ficam e adoecem lenta ou tardiamente, e outros não adoecem.

Existe a morbidez processual das relações sociais em algumas ocupações que têm na voz um dos ins-

trumentos imprescindíveis, razão principal de se recorrer à categoria *relações sociais*, suficiente para desvendar a causalidade dos adoecimentos do trabalho contemporâneo. Portanto, não se cogita comprovar nexos causais diretos e indiretos do trabalho com o adoecimento, objetivos precípuos de métodos experimentais ou epidemiológicos clássicos, voltados a identificar e mensurar *fatores* ou *variáveis de risco*, suspeitos de relação mais ou menos linear de causa e efeito, segundo o paradigma positivo da ciência moderna.

Sustentar que a causalidade dos adoecimentos coletivos do trabalho contemporâneo padece de materialidade não significa que inexistam mediações causais materiais e imateriais. Condições materiais ruins de trabalho e trabalhar demais não fazem bem à saúde; muito menos a quem usa a voz como ferramenta, fala e trabalha falando por necessidade de subsistência. Em uma epistemologia indiciária, o que se especula é a razão da presença do pó de giz, do ruído em sala de aula, do duplo emprego e jornada de trabalho prolongada; então, a análise não pode ficar na ambiência do trabalho abstrato em determinada organização ou empresa, pois, apesar de suas peculiaridades, ela é consequência de relações sociais de subordinação, de regras históricas, econômicas, sociais, culturais e dialéticas.

Mal-estar ao falar, disfonias e afonias coletivas, mais do que sintomas e sinais de adoecimento individual, alçaram-se à condição de signo. Ao silêncio imposto à consciência, a resposta fez-se de modo enviesado e involuntário sob a forma de manifestação orgânica loca-



lizada e socializada contra o desfavor das relações sociais subalternas da produção e do trabalho. O desvendar contínuo da natureza tem sido indispensável para a gestão possível dos fenômenos, mas falta desvendar continuamente as raízes dessas relações sociais.

Esta é uma sociedade de classes fundada na privatização dos meios de produção e de seus produtos. O marco político da revolução industrial é a hegemonia da burguesia no poder que se fez empresariado industrial e, mais recentemente, financeiro.

Além do crescimento exponencial do número de trabalhadores urbanos, a diversidade e ampliação da produção industrial redefiniram o perfil da classe trabalhadora em termos de gênero e idade e do seu modo catastrófico de adoecer e morrer. Como exigência do trabalho, a escolaridade chegou por último; porém, agora como antes, o processo seletivo faz-se sob critérios estritos dos custos da produção e da busca de produtividade.

A mediação nítida entre trabalho e doença do trabalho não esgota a questão da causalidade das doenças da produção, nem mesmo a causalidade dos acidentes de trabalho típicos.

Em suma: teoria, método e categoria de análise de processos e fenômenos sociais complexos devem reunir força explicativa suficiente que contemple, ao mesmo tempo, a heterogeneidade, a totalidade, a historicidade, a dinâmica e a unidade da vida social.

Independentemente do método e instrumentos metodológicos, nenhuma pesquisa social, ainda que rea-

lizada com todo rigor científico, permite a transposição automática dos seus resultados empíricos para o campo individual. Não há como afirmar categoricamente que o exercício de determinada ocupação causará ou causou transtornos da voz em determinada pessoa. O que as pesquisas sociais autorizam são inferências causais entre produção, trabalho *vivo* e adoecimento e doença coletiva: não há como provar material e individualmente a relação positiva, linear entre exercício ocupacional e os transtornos da voz.

## Referências

BAKTHIN, Mikhail. **Marxismo e filosofia da linguagem**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

BERLINGUER, Giovanni. **A doença**. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1988.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

LANDES, David S. **Prometeu desacorrentado: transformação tecnológica e desenvolvimento industrial na Europa Ocidental, desde 1750 até a nossa época**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Representação do Brasil da OPS/OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Org. por Elisabeth Costa Dias. Colaborado por Ildeberto Muniz Almeida et al. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde / CID-10**. 10 ed. São Paulo: Edusp, 1997.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Unesp; Hucitec–Abrasco, 1994.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

TRONCA, Italo. **As máscaras do medo: leprAids**. Campinas: Unicamp, 2000.

# Trabalhadores da educação

## *Políticas de prevenção e atendimento à saúde*

MARIA DE FÁTIMA BARBOSA ABDALLA\*

**RESUMO:** Os problemas atuais relacionados aos profissionais da educação vêm implicando o aumento da desvalorização e insatisfação profissional, especialmente no que diz respeito à degradação da qualidade. Ao examinar os fatores condicionantes e determinantes da saúde (ou da falta dela), o artigo aponta para a necessidade de se formular uma política de prevenção e de atendimento à saúde que promova a redução dos riscos de doenças e outros danos, visando ao bem-estar físico, mental e social destes profissionais.

*Palavras-chave:* Trabalho e saúde. Profissionais da educação. Fatores condicionantes e determinantes da saúde. Políticas de prevenção de atendimento à saúde. Programas e ações governamentais.

\* Doutora em Educação. Professora do Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* da Universidade Católica de Santos (UniSantos); 2ª Secretária da Associação Nacional pela Formação dos Profissionais em Educação (Anfope). E-mail: <mfabdalla@uol.com.br>.

## Introdução

A mudança do mundo implica dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e o anúncio de sua superação, no fundo, o nosso sonho. É a partir deste saber fundamental: mudar é difícil, *mas é possível*, que vamos programar nossa ação político-pedagógica [...] (FREIRE, 1997, p. 88, grifos do autor).

A história tem mostrado que as mudanças, quaisquer que sejam elas, não se fazem por decretos, normas e portarias. Elas são processuais e se constituem, no tempo, pela dinâmica de articulação entre a subjetividade (vontade de mudar) e a objetividade (condições objetivas para que as mudanças possam ocorrer), como já apontava Abdalla (2005, p. 12). Pensar nessa articulação é necessário, na medida em que cada pessoa, em sua condição de sujeito, pode interferir na objetividade do mundo, não para adaptar-se, mas para mudá-lo, programando, assim, a *nossa ação político-pedagógica*, do ponto de vista de Paulo Freire.

Sob esta perspectiva, e com o objetivo de ampliar a discussão anunciada em um dos colóquios da Conferência Nacional de Educação (Conae), no interior do Eixo IV – Formação e Valorização dos Trabalhadores da Educação (ABDALLA, 2010, p. 248-250), é preciso formular políticas de prevenção de atendimento à saúde que promovam, no campo da educação, a redução dos riscos de doenças e outros danos.

É preciso reconhecer, de início, que já há vários estudos e pesquisas sobre a questão da saúde, em especial, dos trabalhadores da educação (CODO, 1999; ESTEVE,

1999; LAPO; BUENO, 2002, 2003; LIPP, 2002; PEREIRA, 2002; REIS et al., 2005; MARTINS, 2007; PORTO, 2007; BARROS; HECKERT; MARGOTO, 2008; entre outros). Muitas destas investigações têm mostrado que os problemas atuais relacionados à profissão vêm implicando o aumento da desvalorização e insatisfação profissional desses trabalhadores, especialmente, no que diz respeito à degradação da qualidade de vida expressa em diferentes sintomas, tais como cansaço, esgotamento e falta de motivação (Síndrome de *Burnout*); mal-estar; estresse; e abandono da profissão (absenteísmo), devido, em grande parte, a problemas de saúde.

Há, também, alguns programas de ação do Ministério da Saúde em colaboração com o Ministério da Educação (MEC), que colocam em pauta a necessidade de serem desenvolvidos polos permanentes de educação em saúde e/ou cursos de formação que promovam a análise da gestão e das práticas de saúde nas organizações, em geral, e, de modo específico, nas instituições educacionais (BRASIL, 2005a, 2005b; entre outros). Mas, para além de todas estas ações pontuais, há que ter políticas públicas que possam, de fato, alterar o quadro caótico da saúde do trabalhador em educação.

Considerando todos estes aspectos, há dois pressupostos que situam a temática do trabalho e sua relação com a saúde do trabalhador da educação. O primeiro reafirma o pensamento de alguns pesquisadores (LOUZADA; BARROS, 2008, p. 79), ao conceber que a organização do trabalho no interior das instituições educacionais tem consequências na vida de seus

trabalhadores, afetando suas condições de saúde e de trabalho. E o segundo é a aposta nas instituições educacionais, pois são elas que precisam fomentar programas de formação como estratégia para se pensar atividades de trabalho e saúde, na luta pela melhoria da qualidade do ensino e de vida, tanto pessoal quanto profissional. É neste sentido que as políticas de prevenção e de atendimento à saúde dos trabalhadores da educação devem se voltar. Ou seja, conscientizar e instrumentalizar os trabalhadores e suas instituições da importância e da necessidade de se fomentarem projetos, programas e ações que situem, de forma mais concreta, o debate sobre a qualidade de vida e de trabalho.

Reforçando esse balizamento, discutem-se os fatores condicionantes e determinantes que afetam a saúde dos trabalhadores da educação, buscando assinalar o seu impacto e suas implicações no campo educacional, em diferentes dimensões de análise. Em um segundo momento, colocam-se em evidência algumas contribuições que nos parecem mais pertinentes na formulação de políticas, programas e ações voltados para a saúde do trabalhador.

Este texto não tem a pretensão de delinear as políticas de prevenção e de atendimento à saúde dos trabalhadores da educação, mas, apesar de correr o risco de expressar ideias ainda provisórias, é importante, pelo menos, estimular o debate sobre sua necessidade.

## Fatores condicionantes e determinantes

Compreender é apreender a significação... Apreender a significação de uma coisa, de um acontecimento ou situação é ver a coisa em suas relações com outras coisas [...] (DEWEY, 1979, p. 139)

*Apreender a significação*, como diria Dewey, e, assim, compreender alguns dos problemas que afetam a saúde do trabalhador da educação, tem a ver com o entendimento a respeito dos fatores condicionantes e determinantes que levam este trabalhador à falta de saúde. Mas mais importante que destacá-los seria apontar seus efeitos e implicações em todo o campo educacional.

Tomando como referência alguns trabalhos de pesquisa (SANTOS, 2005; DIEESE, 2007; GUIMARÃES, 2010; entre aqueles já mencionados), foi possível distinguir que existem fatores que condicionam e determinam a saúde (ou a falta dela) e que se espelham em diferentes dimensões: a econômica e social, a institucional, a pedagógica e a relacional. Estas dimensões – embora, aqui, estejam explicitadas em separado, na tentativa de dar uma organicidade à apreensão de seu significado – se entrecruzam na realidade, evidenciando, assim, seu nível de complexidade. Também é preciso destacar que os fatores determinantes e condicionantes, analisados sob essas diferentes dimensões, podem ser entendidos como um instrumento de gestão estratégica a serviço de políticas, projetos e programas de ação para se revitalizar a saúde dos trabalhadores em questão.



## Da dimensão econômica e social

Alguns dos fatores que condicionam e determinam a saúde (ou a falta dela) para os trabalhadores da educação tem a ver, certamente, com as mudanças verificadas na economia, em relação, sobretudo, ao processo de *globalização*. Este processo dá lugar às transformações do mundo do trabalho, gerando, como afirma Canário (2003), um desemprego estrutural de massas e provocando, assim, a crise do trabalho e a crescente precarização dos vínculos/relações de trabalho.

Todos sabemos que esta *precarização* pode ser traduzida pelos baixos salários e pelo desprestígio social reforçado pelo número elevado de trabalhadores de educação; nível de qualificação e atualização exigido; e feminização crescente e predominante no campo educacional. Fatores que determinam e condicionam, também, a intensificação dos processos de trabalho que os profissionais têm que enfrentar, assim como as situações de sofrimento e angústia por que passam.

Todo este processo implica, segundo Canário (2003), a “[...] passagem do modelo da *qualificação* para o modelo da *competência*.” (p. 197, grifos do autor). O modelo de qualificação correspondia a um requisito de *promoção social*, e o modelo atual de competência remete a um requisito de *empregabilidade*. Ou seja, a qualificação cede lugar à competência, e os problemas do trabalho, reforça o autor, “[...] tendem a deixar de ser sociais para passarem a ser percebidos como problemas individuais.” (p. 197).

Há, desse modo, uma concepção de educação que passou a ser funcionalmente subordinada à *produção e acumulação de bens*, ao *aprender a ter* (CANÁRIO, 2003, p. 199), ao invés do *aprender a ser*. Nesta perspectiva os trabalhadores, em geral, e, mais especificamente, os da educação, com a desvalorização de seus diplomas e com as transformações do mundo do trabalho, se encontram em uma *lógica de competição* e de *exclusão relativa* (CANÁRIO, 2003, p. 198). Lógicas estas que evidenciam o desgaste e o estresse destes trabalhadores com as mudanças econômicas e sociais, e todos os seus efeitos e implicações avaliados no campo educacional, tais como: a baixa remuneração, as jornadas extenuantes (intensificação do trabalho) e, principalmente, o acúmulo de responsabilidades que vão minando as energias de vida e de trabalho.

### *Da dimensão institucional*

Se as mudanças econômicas e sociais exercem efeitos na sua qualidade de vida, quais seriam, então, os efeitos da instituição escolar na vida dos trabalhadores da educação?

Os efeitos conjugados da expansão dos sistemas escolares e das mutações no mundo do trabalho, que marcam o processo de democratização e massificação, acentuam a discrepância, conforme destaca Canário (2005, p. 84), entre “[...] o aumento da produção de diplomas pela escola e a rarefação de empregos correspondentes.” Decorre daí um processo de desvalorização dos

diplomas, que permite, segundo o autor, falar da passagem de um “tempo de promessas” para um “tempo de incertezas.” (Ibid.). Tal situação, que marca o processo de democratização e massificação, aponta para uma “dupla perda de coerência da escola” (Ibid.): *externa*, porque a escola foi historicamente produzida por um mundo que deixou de existir; e também *interna*, pois ela é incompatível com a diversidade de quem a frequenta e com as “missões impossíveis” que lhe são atribuídas.

Além destes fatores – democratização do acesso, a desvalorização dos diplomas e a incoerência da instituição escolar para o mundo de hoje – somam-se as novas formas de regulação do Estado sobre o trabalho que se faz no interior das escolas. As formas de regulação e de avaliação, associadas à pressão centralizadora e conservadora da instituição e à falta de condições de trabalho, sejam organizacionais e/ou materiais, imprimem, certamente, um sentido negativo à dimensão institucional. De um lado, têm-se as manifestações daqueles que se recusam a aprender, e que acabam originando situações de indisciplina, violência e evasão por parte dos alunos. E, do outro, ou seja, por parte dos profissionais da educação, originam-se problemas que envolvem o absentismo, o mal-estar docente e todas as modalidades de *solidão* e de *sofrimento* no interior da instituição escolar (CANÁRIO, 2005).

## Da dimensão pedagógica

São vários os ângulos a partir dos quais poderíamos esclarecer os fatores condicionantes e determinantes aos modos e/ou formas de condução/execução das diferentes atividades, que, por vezes, perdem a conotação do pedagógico desejado e/ou planejado nos projetos e planos institucionais.

A dimensão pedagógica não é dissociável das demais dimensões, mas é, obviamente, uma importante para se pensar o campo de produção de conhecimento científico e técnico, os modos concretos de se *fazer* a formação, de se organizar o trabalho da instituição, de se conceber e/ou usar os materiais pedagógicos e instrumentos de avaliação e regulação dos processos de ensino e aprendizagem e/ou do processo educativo, em sua forma mais ampla. Pensar nesta dimensão é também importante e necessário, porque é nela que existem os fatores mais determinantes e condicionantes da falta de saúde dos profissionais da educação. Fatores estes que podem implicar problemas, que poderiam ser diagnosticados como *burnout* - uma exaustão de recursos emocionais próprios, em que são comuns atitudes negativas e de distanciamento para com alunos e de valorização negativa de seu papel profissional. Este termo, de origem inglesa (*burn* significa queima, e *out* significa exterior), foi descrito, na década de 1970, por Freudenberg (apud SILVA, 2000), a fim de explicar o processo de deterioração profissional de determinados trabalhadores, principalmente daqueles que têm

contato diário e direto com pessoas em prestação de serviços. Codo (1999) conceituou o *burnout* como *síndrome da desistência do educador*.

Também é possível discutir, com base nesta dimensão pedagógica, qual seria o papel do trabalhador na produção de conhecimentos. O que, realmente, os trabalhadores necessitam e/ou desejam como profissionais da educação? Acreditamos que os trabalhadores da educação não querem soluções, inscritas numa lógica didática de seleção prévia de objetivos, conteúdos e metodologias diversificadas, mas reflexões, no interior da instituição, sobre o que são, sabem (ou não sabem) e fazem (e o porquê, como e para que fazem). Neste sentido, quanto mais estes trabalhadores se colocarem como atores/autores de suas diferentes situações pedagógicas, mais se estruturam enquanto identidades profissionais, mais se implicam com a profissão e menos se estressam e entram em crise.

### *Da dimensão relacional*

O desafio posto para compreender os fatores condicionantes e determinantes que perpassam o que estamos denominando por *dimensão relacional* tem a ver com a construção conjunta da profissionalidade dos trabalhadores implicados e com todo o desgaste que sofrem nos problemas que afetam as relações sociais, que poderiam ser aqui traduzidas pelas relações entre gestores/professores/funcionários/alunos/pais e responsáveis e comunidade em geral. É preciso compreender

que esta *construção da profissionalidade* implica, segundo Dubar (1997, p. 156), a articulação de três processos:

» o processo de *formação* inicial e contínua das competências pela articulação das suas diversas origens: saber formalizado, saber-fazer, experiência;

» o processo de construção e de evolução dos *empregos* e da sua codificação nos sistemas de emprego;

» o processo de *reconhecimento* das competências, resultado do jogo das relações profissionais (grifos do autor).

Se esta articulação fica frágil, ou seja, se o trabalhador não consegue entrecruzar seus saberes da experiência com os saberes específicos exigidos e o saber-fazer deste trabalho; se não consegue “codificar” as regras do “sistema de emprego”; e se, ainda, não é reconhecido em suas relações profissionais, é possível que o trabalho se torne muito cansativo e desgastante, interferindo de forma negativa em seu bem-estar e saúde e na construção de sua profissionalidade. Soma-se a isso a complexidade das relações interpessoais, que, muitas vezes, condicionam e determinam imagens ou representações de relações mais verticais do que horizontais. Estes fatores levam, também, a inúmeras manifestações de insatisfação, estimulam a culpabilização por parte dos trabalhadores, gerando os problemas já assinalados como: o cansaço (*burnout*); o mal-estar; o estresse e o absenteísmo nas instituições educacionais.

Para além da compreensão dos fatores condicionantes e determinantes da saúde (ou da falta dela), ante-

riormente apresentados, medidas preventivas podem ser sugeridas e adotadas pelas instituições educacionais a fim de minimizar os problemas de saúde de seus trabalhadores. Mas só elas não serão suficientes, pois é preciso pensar em políticas de prevenção e atendimento à saúde dos profissionais.

## Contribuições às políticas de prevenção e atendimento

[...] a utopia dá sentido à vida, porque exige, contra toda verossimilhança, que a vida tenha sentido. (MAGRIS, 2000, p. 120).

Como se viu na análise precedente, um dos mais graves problemas em relação à saúde dos trabalhadores, em geral, e, em especial, os da educação, diz respeito às marcas das mudanças estruturais causadas pelo modo de produção capitalista, que descaracterizou a natureza do trabalho, introduzindo um alto índice de adoecimento e a precarização da qualidade do trabalho. Mas contra toda esta verossimilhança, como afirma Magris (2000), é preciso que a *vida tenha sentido*. E esse significado de dar *sentido à vida* implica, aqui, desenvolver políticas que garantam condições de trabalho e de saúde para o trabalhador. Políticas que se desenvolvam em programas e ações que:

1<sup>o</sup>) *integrem o trabalho e a saúde* – fortalecendo estratégias e medidas de promoção e prevenção à saúde.

Uma forma de integrar o trabalho e a saúde é identificar e divulgar os fatores condicionantes e determi-

nantes da saúde (ou da falta dela), tal como tentamos mostrar anteriormente. Nesta perspectiva, é preciso formular uma política de saúde que não só promova a redução dos riscos de doenças ocupacionais, mas privilegie o bem-estar físico, mental e social do trabalhador. Para isso, é necessário que se reflita coletivamente sobre o significado da relação *trabalho e saúde* no interior das instituições educacionais e que se viabilize a construção de um modelo de gestão que possibilite ampliar e consolidar a cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos e da saúde dos trabalhadores.

2º) *favoreçam a construção de redes* - para que se compartilhem conhecimentos e decisões solidárias sobre os problemas de trabalho e de saúde.

Acreditamos que o trabalho em redes pressupõe, como indica Kern (2003), uma “dimensão política da prática” (p. 66), demarcando um envolvimento mais solidário. Nas redes, valores e propostas são compartilhados, e, como também aponta Dubar (1997, p. 225), é em suas redes que o indivíduo “[...] está também – *pela* e *na* formação – à procura de saberes.” (grifos nosso). Que as políticas públicas de saúde e de educação possibilitem e fortaleçam a construção de redes, levando em conta e, de forma crítica, os problemas do trabalho que afetam a saúde dos profissionais da educação.

3º) *orientem a busca de conhecimento e de soluções* - para os impasses que se colocam no cotidiano institucional, a fim de torná-lo mais justo e saudável.

Nesta direção, as políticas de prevenção e de atendimento à saúde, assim como os projetos e os programas



de ação que delas decorrem, podem e devem contribuir para mudar a cultura da instituição escolar, aumentando a capacidade individual e coletiva de resolução de problemas e, mais especialmente, daqueles relacionados com o trabalho e a saúde.

De acordo com Canário (2003, p. 94), há quatro planos para se mudar a cultura escolar, ao nível de: *objetivos* (visão partilhada, consenso, expectativas); *atores* (apoio individual, estímulo intelectual e modelo de exercício profissional); *estrutura* (descentralização de responsabilidades e autonomia); e *cultura* (promover uma cultura própria, colaboração). Estes quatro planos e/ou eixos podem, por sua vez, gerar uma transformação e contribuir para que os sujeitos envolvidos – os trabalhadores da educação – possam compartilhar a própria prática numa relação de colaboração, de renovação, e, sobretudo, de qualidade de vida e de trabalho.

## Em jeito de conclusão

A vontade transforma o desejo em uma intenção, em um projeto, em uma determinação de agir. (ARENDDT, 1984, p. 95).

Estabelecendo uma síntese do que até aqui foi considerado, em primeiro lugar, procedeu-se à análise dos fatores condicionantes e determinantes que afetam a saúde dos trabalhadores da educação, pois esta pode ser uma das formas para se compreender e *denunciar*, como diria Paulo Freire (1997), alguns dos problemas

que os desmotivam, frustram e os tornam doentes. E, em um segundo momento, sinalizou-se que as políticas de prevenção e atendimento à saúde dos trabalhadores em educação podem ser objeto de uma tríplice perspectiva, no sentido de integrar o trabalho e a saúde, favorecer a construção de redes e orientar a busca de conhecimento e de soluções para os diferentes impasses no cotidiano da instituição educacional, em favor da qualidade de vida. Talvez este fosse um modo de *anunciar* a superação de parte daqueles problemas, apostando, ainda, que “mudar é difícil, mas é possível.” (FREIRE, 1997, p. 88).

Porém, está claro que não bastam as políticas, é preciso vontade de implementá-las, pois é a *vontade*, como afirma Arendt (1984, p. 95), que “[...] transforma o desejo em uma intenção, em um projeto, em uma determinação de agir”.

## Referências

ABDALLA, Maria de Fátima Barbosa. Do percurso de formação e desenvolvimento profissional: entre noras e (pre) conceitos para repensar a profissão docente. **Olhar do Professor**, Ponta Grossa: UEPG, v. 8, n.2, p. 11-25, ago./dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Políticas de Prevenção e de Atendimento à Saúde dos Trabalhadores em Educação. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO – CONAE 2010: construindo o Sistema Nacional Articulado de Educação: o Plano Nacional de Educação, Diretrizes e Estratégias de Ação, 2010, Brasília. **Coletânea de textos...** Brasília: MEC, 2010. p. 248-250. Tema Central e Colóquios. Eixo IV.

ARENDDT, Hannah. **La vida del espíritu**. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1984.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; HECKERT, Ana Lucia Coelho; MARGOTO, Lilian (Org.). **Trabalho e saúde do professor: cartografias no percurso**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Série C. **Projetos, Programas e Relatórios de Educação na Saúde: a educação permanente entra na roda**. Polos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. **Curso de formação de facilitadores da educação permanente e saúde: unidades de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde/Fiocruz, 2005b.

CANÁRIO, Rui. A aprendizagem ao longo da vida: análise crítica de um conceito e de uma política. In: CANÁRIO, R. **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 2003. p. 189-207.

\_\_\_\_\_. O que é a Escola? Um “olhar” sociológico. Porto: Porto Editora, 2005.

CODO, Wanderley (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 1999.

DEWEY, John. **Como pensamos**. São Paulo: Nacional, 1979.

DIEESE. Subseção da APEOESP/CEPES. **Professores da Rede Estadual de São Paulo: perfil, condições de trabalho e percepção da saúde**. São Paulo: APEOESP/CEPES, 2007. [Slides]. Disponível em: <[http://apeoespsub.org.br/especiais/SAUDE\\_PROFESSORES\\_Dados%20Preliminares.pps](http://apeoespsub.org.br/especiais/SAUDE_PROFESSORES_Dados%20Preliminares.pps)>. Acesso em: 10 abr.2010.

DUBAR, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. Porto: Porto Editora, 1997.

ESTEVE, José Manuel. **O mal-estar docente: a sala de aula e a saúde dos professores**. Trad. Durley de Carvalho Cavicchia. Bauru: Edusc, 1999.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

GUIMARÃES, Eduardo da Silva. **Estresse ocupacional em professores de uma escola estadual e a qualidade funcional na prática docente**. 2010. [Em andamento]. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Católica de Santos, Santos.

KERN, Francisco Arseli. Estratégias de fortalecimento no contexto da Aids. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, v. 1, n. 74, p. 42-67, julho 2003.

LAPO, Flavinês Reboldo; BUENO, Belmira Oliveira. O abandono do magistério: vínculos e rupturas com trabalho docente. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 243-276, jun. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 30 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. Professores, desencanto com a profissão e abandono do magistério. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 1, n. 118, p. 65-88, mar. 2003.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **O stress do professor**. Campinas: Papyrus, 2002.

LOUZADA, Ana Paula; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Trabalho docente: entre prescrições e singularidades. In: BARROS, M. E. B.; HECKERT, A. L.; MARGOTO, L. (Org.). **Trabalho e saúde do professor: cartografias no percurso**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 79-116.

MAGRIS, Claudio. Utopía y desencanto. **Archipiélago – Cuadernos de Crítica de La Cultura**, Barcelona, v. 1, n. 40, p. 120-127, feb./marzo 2000.

MARTINS, Maria das Graças Teles. Sintomas de *stress* em professores brasileiros. **Psicologia.com.pt**: o portal dos psicólogos. Lisboa, 23 fev. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0336.pdf>>. Acesso em: 8 de jun. 2008.

PEREIRA, Anabela M. S. Resiliência, personalidade, *stress* e estratégias de  *coping*. In: TAVARES, José (Org.). **Resiliência e educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 77-94.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. **Uma ecologia política dos riscos: princípios para integrarmos o local e global na promoção da saúde e da justiça ambiental**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

REIS, Eduardo José Farias Borges et al. Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da

Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1480-1490, set./out. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/21.pdf>>. Acesso em: 8 mai.2010.

SANTOS, Neide Sant'Anna Moura dos. **Quando os dados oficiais revelam condições de trabalho**: análise dos agravos à saúde de professores das escolas públicas do Município de São Paulo. 2005. 164 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SILVA, Flávia Pietá Paulo da. *Burnout*: um desafio à saúde do trabalhador. **Revista de Psicologia Social e Institucional**, Londrina, v. 2, n. 1, jun. 2000. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>>. Acesso em: 7 maio 2010. ISSN: 1516-4888.

# Assédio Moral

## *Autoridade ou autoritarismo?*

ROBERTO HELOANI\*

**RESUMO:** O artigo trata o conceito de *assédio moral*, mostrando as condições socioeconômicas em que ele surge e os autores que inicialmente trabalharam o tema. Debate a disseminação da prática nas relações contemporâneas de trabalho, suas características e as iniciativas para lidar com a frequência desse comportamento no cotidiano das relações trabalhistas.

*Palavras-chave:* Assédio moral. Relações de trabalho. Organização do trabalho

---

\* Doutor em Psicologia. Professor Titular da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); Professor do Departamento de Gestão Pública da Fundação Getúlio Vargas/SP. E-mail: <roberto.heloani@fgv.br>.

## Introdução

Alguns autores costumam colocar a questão do assédio moral como essencialmente individual – uma “perversão do ego” no âmbito estritamente psicopatológico, em que se dá um silencioso assassinato psíquico. Entre os mais conhecidos, podemos citar aquela que popularizou o conceito, Marie France Hirigoyen, em sua primeira obra “Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien” (1998), embora em sua segunda obra, “Malaise dans le travail” (2001), a autora relativize a variável idiossincrática.

A par disso, existe outra concepção, à qual nos filiamos, que, não obstante mais complexa, também considera as formações identitárias como produto de intersubjetividades, geradas no caldo do modo de regulação social e na lógica econômico-instrumental. É o que procuraremos demonstrar neste artigo.

Costumo dizer que *a discussão sobre assédio moral é nova. O fenômeno é velho*. Tão velho quanto o trabalho, isto é, quanto o homem, infelizmente...

No Brasil colônia, índios e negros foram sistematicamente assediados, ou melhor, humilhados por colonizadores, que, de certa forma, julgavam-se superiores e aproveitavam-se dessa suposta superioridade militar, cultural e econômica para impingir-lhes sua visão de mundo, sua religião, seus costumes.

Não raro, o procedimento, constrangedor sob vários aspectos, vinha acompanhado de outro, que hoje denominamos assédio sexual, ou seja, o constrangimen-

to de pessoa do sexo oposto ou do mesmo sexo a qualquer tipo de prática sexual sem o seu desejo.

De fato, relembando as ideias de Gilberto Freyre, na obra clássica “Casa-grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal” (1995), as relações entre brancos e “raças de cor” foram, no Brasil, condicionadas bilateralmente – de um lado pela monocultura latifundiária (o cultivo de cana-de-açúcar), no que diz respeito à produção econômica; e, de outro, pelo sistema sociofamiliar de cunho patriarcal, que se caracterizava pela escassez de mulheres brancas na colônia. Essa monocultura açucareira acabou impossibilitando a existência de uma policultura e de uma pecuária que pudessem se instalar ao redor dos engenhos, suprindo-lhes, inclusive, as carências alimentares. A criação de gado deslocou-se para o sertão e a casa-grande adquiriu características essencialmente feudais – senhores de engenho, em sua maior parte patriarcais e devassos, que dominavam, do alto de suas moradias, escravos, lavradores e agregados, com mão de ferro.

A teoria crítica da sociedade nos ajuda a compreender melhor essa ideologia e sua perspectiva de mundo. Theodor Adorno et al., no famoso texto “La personalidad autoritaria” (1965), propuseram a análise desse “tipo” de personalidade. A ideia-força do pressuposto teórico desse estudo é a pesquisa de um conjunto de traços, tais como a agressividade, a submissão, a crença ilimitada nas autoridades, a obediência aos superiores e poderosos, a falta de consideração com os inferior-



res ou “menos fortes”, o conformismo e a rigidez. Consoante Horkheimer e Adorno (1973), a sociedade pode ser compreendida como uma espécie de tessitura entre todas as pessoas. As pessoas se constituem pela mediação social, ou melhor, na sociedade na qual todos os homens estão, de certo modo, condicionados pela inserção no contexto social. Theodor Adorno et al. (1965) advogam que o deslocamento dos impulsos agressivos dos genitores para outras pessoas – mormente grupos tidos como inferiores, socialmente falando, – pode ser o resultado da convivência da pessoa, em sua fase de desenvolvimento, com ambientes rígidos, autoritários e pouco simpáticos às discussões democráticas e processos dialógicos.

Assim sendo, devemos ser vigilantes e mesmo intransigentes na distinção entre autoridade e autoritarismo. A autoridade concerne ao cargo, à experiência de quem o ocupa e a forma como foi conquistado. Um diretor de escola, um reitor de universidade, um supervisor de ensino, um juiz de direito ou mesmo um gestor de empresas fazem jus às suas prerrogativas, se a ascensão a essa posição se deu por mérito e foi, portanto, legítima. A autoridade é diretamente proporcional ao esforço e a legitimidade em conquistá-la é, também, inversamente proporcional à força e à violência em obtê-la. Entretanto, o autoritarismo é um processo idiosincrático, egocêntrico, às vezes até narcisista e interesseiro. É a imposição de determinada lógica ou atitude a uma pessoa, grupamento ou sociedade. A autoridade, ao contrário, é outorgada, delegada, beneplácito de al-

guém ou de um coletivo, portanto, namora o procedimento democrático.

## **Regulação social: Como fica o indivíduo?**

Como pode ser observado de longa data, o sistema macroeconômico está influenciando direta ou indiretamente a formação social brasileira. Assim, somos obrigados a reconhecer que condições concretas de vida caracterizam a “fisionomia moral” da sociedade e, portanto, desde já encaramos o assédio moral não tanto como característica individual, pessoal, mas principalmente como fenômeno decorrente do processo disciplinar, por sua vez proveniente das “modernas” formas de gestão e organização do trabalho no mundo atual.

Mundo esse que passa por grandes e rápidas mudanças. As organizações nacionais, pressionadas pelo processo de globalização, substituem cada vez mais o homem pela máquina. Assim, novas tecnologias são implementadas nas empresas, obrigando o trabalhador a adaptar-se rapidamente a elas e impondo um novo perfil profissional tecnicizado.

Como fica a necessidade da cooperação em equipe frente à competição pela aquisição e manutenção de um posto de trabalho?

Nessa nova lógica pós-moderna ou pós-fordista, que legitima uma ampla reestruturação produtiva, onde os salários sofrem cada vez mais redu-

ções e a educação emerge como “salvadora” e principal ferramenta da atualização, o trabalho torna-se cada vez mais precário e seletivo. O Estado vem, mediante a ideologia neoliberal, retirar e diminuir benefícios e direitos do trabalhador, modificando a relação capital-trabalho; surgem, então, novas relações, como o contrato de trabalho por tempo determinado e várias formas de terceirização, que geram, desse modo, o subemprego e o trabalho informal, novas ameaças ao trabalhador, que, antes, tinha a garantia de alguns direitos historicamente consolidados.

Busca-se desse modo um paradoxo: a conciliação de dois sujeitos historicamente desiguais, capital e trabalho. Por meio de discursos de cooperação e de trabalho em equipe, consultores organizacionais acabam por perpetuar elementos antagônicos: a necessidade da cooperação em equipe e a competição pela aquisição e manutenção de um posto de trabalho.

No processo de globalização e de hipercompetitividade a violência passa a ser uma perversão da perversão. Essa hipercompetitividade não seria em si mesma uma forma de violência? Uma guerra, como bem coloca Christophe Dejours em “A banalização da injustiça social” (2001), onde o fundamental não é o equipamento militar, mas o desenvolvimento da competitividade; em que o fim pode justificar os meios, mediante um atropelamento da ética, da própria dignidade humana.

É certo que a violência faz parte da própria condição humana, como o amor, o ódio, o poder, a submissão, o orgulho, a inveja e tantas outras facetas da persona-

lidade. Mas, como Da Matta et al. (1982) lucidamente posicionam, não se pode deixar de investigar o conjunto de valores que estão associados a certas formas de violência em sociedades específicas.

Em um sistema em que a “racionalidade instrumental” se sobrepõe à “racionalidade comunicativa” [para usarmos a expressão de Habermas em “Teoría de la acción comunicativa: crítica de la razón funcionalista” (1988)], o que gera uma distorção comunicacional, a violência torna-se a resposta a um sistema desumano e não pode ser considerada mero mecanismo individual. Em outras palavras, nesse processo a violência passa a ser a perversão da perversão, ou seja, uma armadilha motivada pela crueldade do sistema.

Em nossa opinião, a violência reflete, tal como uma imagem no espelho, as formas de poder constituídas socialmente. Se for certo que o furor expansionista do capital conquistou-nos financeiramente, é também exato que nesse processo de expansão comprometeu-se o nosso discernimento, ou melhor, a nossa saúde moral. Alguns fragmentos de discurso como “enxugar as gorduras”, “exterminar os dinossauros” e, mesmo, “fazer uma faxina” são expressões recorrentes na “mídia especializada”, que costumo chamar de sublitteratura organizacional.

## **Situando o assédio moral**

O assédio moral foi apontado como objeto de pesquisa, em meados da década de 1990, na Suécia, pelo

psicólogo do trabalho Heyns Leymann (1996a), que, por meio de um levantamento junto a vários grupos de profissionais, chegou a um processo que qualificou de *psicoterror*, cunhando o termo *mobbing* (um derivado de *mob*, que significa horda, bando ou plebe), devido à similaridade dessa conduta com um ataque rústico, grosseiro.

Dois anos após, Marie-France Hirigoyen, psiquiatra e psicanalista de grande experiência como psicoterapeuta familiar, popularizou o termo por meio do lançamento de seu livro “Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien” (1998), um *best-seller* que ocasionou a abertura de inúmeros debates sobre o tema, tanto na organização do trabalho como na estrutura familiar.

Com formação em *victimologia* na França e nos Estados Unidos, a postura de Hirigoyen é empática em relação à vítima e discordante de algumas teorias psicanalíticas, que debitam boa parte da culpa ao agredido, como se de certa forma este estivesse conivente com o agressor ou desejasse inconscientemente a própria situação de agressão, por masoquismo ou mesmo por expiação de culpa. Provavelmente foi essa faceta inovadora e humana de sua abordagem o que motivou o enorme sucesso do livro e fez com que, em sua estreira, uma revista francesa, “Rebondir”, especializada em informações sobre o emprego, realizasse vasta pesquisa em empresas francesas referente ao assédio moral.

## O que é assédio moral?

Para esboçarmos, em linhas gerais, em que consiste o assédio moral, utilizaremos, inicialmente, algumas definições sobre essa conduta, apresentadas por Leymann e Hirigoyen, pioneiros desse tema no mundo, para depois nos posicionarmos junto à Margarida Barreto e Maria Ester de Freitas, referências desse assunto no Brasil.

De acordo com Heyns Leymann em “*Mobbing: la persécution au travail*” (1996b), o autor que primeiro detectou esse fenômeno – e que gostava de denominá-lo de psicoterror –, trata-se de um conceito que se desenvolve em uma situação comunicativa hostil, em que um ou mais indivíduos coagem uma pessoa, de tal forma, que esta é levada a uma posição de fraqueza psicológica. Deixemos Leymann, com suas próprias palavras, definir *mobbing*:

[...] uma comunicação hostil e sem ética que é administrada de maneira sistemática por um ou alguns poucos indivíduos, principalmente contra apenas um deles, o qual conseqüentemente acaba sendo colocado em uma situação prolongada de solidão e indefesa, com ações de fustigação frequentes e persistentes (definição estatística: pelo menos uma vez por semana) e ao longo de um prolongado período (definição estatística: pelo menos durante seis meses). (1996b, p. 4, tradução nossa).

O autor esclarece que conflitos temporários não estão incluídos nesta definição e se diferenciam do *mobbing* não pelo *o quê* e nem pelo *como* se faz, mas pela frequência e duração do que se faz, a ponto de traduzir-se

em condições patológicas, de natureza psiquiátrica ou psicossomática.

A denominação *Le harcèlement moral* começou a ser utilizada em 1998 por Marie-France Hirigoyen. Em 2005, a mesma autora apresenta ao poder legislativo francês a seguinte definição, um pouco modificada:

O assédio moral no trabalho é definido como qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude [...]) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho. (2005, p. 17).

Fazendo jus à história, vale a pena registrar que a primeira definição não incluía a necessidade de sistematização ou repetição (frequência) das condutas ofensivas, humilhantes. Porém, posteriormente, esta característica passa a ser vista por Hirigoyen e praticamente todos os pesquisadores de referência deste assunto como intrínseca ao próprio conceito de assédio moral, ou melhor, como essencial na configuração desse tipo de violência. O conceito que norteará o presente estudo é o que se segue:

Assédio moral é uma conduta abusiva, intencional, frequente e repetida, que ocorre no ambiente de trabalho e que visa diminuir, humilhar, vexar, constranger, desqualificar e demolir psicologicamente um indivíduo ou um grupo, degradando as suas condições de trabalho, atingindo a sua dignidade e colocando em risco a sua integridade pessoal e profissional. (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008, p. 37).

Como se vê, o assédio moral é um processo que, paulatinamente, vai quebrando integralmente a capacidade

de resistência da pessoa visada, constituindo, portanto, um verdadeiro risco psíquico e social.

Em nosso entender, o assédio moral caracteriza-se pela intencionalidade; consiste na constante e deliberada desqualificação da vítima, seguida de sua consequente fragilização, com o intuito de neutralizá-la em termos de poder. Esse enfraquecimento psíquico pode levar o indivíduo vitimizado a uma paulatina despersonalização. Sem dúvida, trata-se de um processo disciplinador em que se procura anular a vontade daquele que, para o agressor, se apresenta como ameaça.

Explicando melhor: o assédio pode durar meses e até anos, uma de suas principais características é a *temporalidade*. A pessoa que assedia sabe que está humilhando e deseja fazer isto, é a sua *intencionalidade*. Sem trocadilhos, é uma intencionalidade mal-intencionada. Não é qualquer pessoa que é humilhada; alguém é especialmente humilhado e os outros assistem, com certa consciência ou não, é a *direcionalidade* da ação. Quase sempre, isto ocorre muitas vezes por meses, semanas, e até várias vezes no mesmo dia, é a repetição das condutas abusivas, é a *frequência* – outra característica dessa forma de violência.

Essa dose de perversão moral – algumas pessoas sentem-se mais poderosas, seguras e até mesmo mais autoconfiantes à medida que menosprezam e dominam outras – pode levar com facilidade, a nosso ver, ao assédio moral, quando aliada à questão da hipercompetitividade.

Fruto de um processo cada vez mais intenso de globalização, de automação fabril, de informatização nos



serviços e de agilização nos processos, a hipercompetitividade é um fenômeno recente, que vem chegando ao Brasil e, efetivamente, estimula a instrumentalização do outro.

Ou seja, a perversidade (por vezes ligada a traços como frieza, calculismo e inteligência) é encorajada por práticas organizacionais danosas (corrosão de valores éticos essenciais) e acaba por desconsiderar o outro, em um verdadeiro extermínio psíquico, calculado e covarde, em relação à pessoa a quem, no íntimo, o agressor inveja.

Bons em fazer política na organização e hábeis em decisões difíceis e polêmicas, esses agressores não raro são admirados por sua relativa eficiência e eficácia em sua *performance* em curto prazo, apesar da arrogância e do menosprezo com que tratam seus subordinados.

Na verdade, esses agressores possuem traços narcisistas e destrutivos, estão frequentemente inseguros quanto à sua competência profissional e podem exibir, às vezes, fortes características de personalidade paranoica, pelas quais projetam no semelhante sua “sombra”, ou melhor, aquilo que não conseguem aceitar em si mesmos.

Apresentando extrema dificuldade para verdadeiramente admitir críticas, essas pessoas podem agir com desconfiança e excessiva suspeita em relação às atitudes alheias, a quem atribuem intenções maldosas; e, aparentando hipersensibilidade, podem exagerar o risco e a incerteza, presentes em diversas situações; atitudes essas que ajudam a supervalorização de seu trabalho e o fortalecimento de sua autoestima.

Ambiciosos e invejosos, esses indivíduos procuram aproveitar-se do trabalho alheio, sugando energias e realizações de outros, para montarem uma pseudoimagem de si próprios: verdadeiros “salvadores da pátria”, os “guardiões das organizações”.

Alguns gestores, por não tolerarem o sucesso de certos subordinados (com potencial de se distinguirem mais do que eles), afastam os melhores funcionários: mormente se forem pessoas mais jovens, com ou mais qualificações (formais ou informais) do que eles próprios. Mesmo que venham a aparentemente incentivá-las, temporariamente adotando uma postura “simpática” a elas, não tardam a “puxar-lhes o tapete”, ou seja, a enfraquecê-las ou a eliminá-las da organização, sobretudo se manifestarem suas próprias opiniões, mostrando-se independentes. Nossa experiência demonstra que seu “tipo preferido” é o indivíduo que trabalha muito (“o pé-de-boi”), não questiona nada (“o cordeiro”) e, frequentemente, enaltece o ego de seu superior em posição reverente (“o puxa-saco”).

Geralmente, o assédio moral nasce com pouca intensidade, como algo inofensivo, pois as pessoas tendem a relevar os ataques, levando-os na brincadeira; depois, propaga-se com força e a vítima passa a ser alvo de maior número de humilhações e brincadeiras de mau-gosto. Isto provavelmente acontece, justamente porque as vítimas temem fazer denúncias formais, com medo do “revide”, que poderia ser a demissão ou o rebaixamento de cargo, por exemplo; além do que essas denúncias iriam tornar pública a humilhação

pela qual passaram, o que as deixaria ainda mais constrangidas e envergonhadas. Assim, o medo (de caráter mais objetivo) e a vergonha (mais subjetiva, mas com consequências devastadoras) se unem, acobertando a covardia dos ataques.

Embora seus agressores tentem desqualificá-las, normalmente as vítimas não são doentes ou frágeis. São pessoas com personalidade, transparentes e sinceras, que se posicionam, algumas vezes questionando privilégios, e não têm grande talento para o fingimento, para a dramaturgia. Tornam-se alvo das agressões, justamente por não se deixarem dominar, por não se curvarem à autoridade de um superior sem questionamento sobre o acerto de suas determinações.

É o próprio assédio que pode vir a patologizar as vítimas, desencadeando um processo mimético em relação ao que o agressor, individualmente ou em grupo, afirma sobre elas: que são desatentas, inseguras (daí serem hipersensíveis às críticas), quase paranoicas. Em resumo, no entender dos acusadores, são um monumento à falta de eficácia, ao contrário dos “supereficazes e brilhantes comandantes” que as desqualificam.

Um bom exemplo elucidativo seria aquele em que a vítima é constantemente atribuída a pecha de desatenta, não envolvida com seu trabalho, imperita. Em longo prazo, depois de alguns meses, às vezes até anos de sofrimento atroz, desencadeado por essa constante e desnecessária “adjetivação” direta ou indireta, o indivíduo torna-se exatamente o que lhe foi atribuído. A vítima pode entrar em depressão e sofrer, por exemplo,

um longo período de insônia, o que é comum nesse quadro depressivo. Dessa forma, ela pode acabar por se tornar realmente negligente no trabalho, não por seu desejo e sim pela pauperização, pela fragilização de sua saúde física e mental.

## **“Democratização” do assédio moral: todos no mesmo barco**

É interessante observar que, em épocas passadas, no Brasil, o assédio moral se dava basicamente com o “peão”, o serviçal sem maiores qualificações. Hoje, abrange todas as classes, infelizmente “democratizou-se” no mau sentido; juízes, desembargadores, professores universitários, médicos e funcionários de funções diversas (muitas vezes bastante qualificados) também são atingidos por esse fenômeno.

Apesar de a maioria das pesquisas apontarem que as mulheres são, estatisticamente falando, as maiores vítimas do assédio moral, também são elas as que mais procuram ajuda médica ou psicológica e, não raro, no seu próprio grupo de trabalho, verbalizando suas queixas, pedindo ajuda.

Em relação ao homem, sob alguns aspectos, essa situação é mais delicada, pois fere sua identidade masculina. Em um tipo de agressão, que, como já vimos, é paulatina e quase-invisível, não raro, quando a vítima se apercebe da situação, o fenômeno destrutivo já se estabeleceu, o que a leva a um processo depressivo, em

que não encontra mais forças e em relação a que nem mesmo possui ânimo para reagir.

A atitude de aparente passividade, ou melhor, de ausência de ação, dentro de nossa cultura machista e preconceituosa, é vista mais como um atributo feminino do que masculino, o que piora o quadro depressivo da vítima, pois rebaixa ainda mais sua autoestima, ferindo a identidade masculina. Assim, no caso masculino, tornar pública a humilhação associa-se a admitir a impotência diante dos fatos, o que se configura como o “fundo do poço”, o auge da forçada degradação. Daí ocorrerem somatizações, como úlcera, disfunções sexuais, eternas cefaleias etc.

## **Tentativas de coibir o assédio moral**

Embora muitas das grandes empresas possuam código de ética (a maioria das 100 melhores empresas que estão no ranking da revista Exame o possuem), ele não é suficiente. O simples fato de haver um código penal que condene furtos, roubos, homicídios, latrocínios, sequestros etc. não impede sua ampla ocorrência – o que pode ser atestado e confirmado empiricamente pela simples leitura diária das manchetes de jornal.

Além dos códigos de ética, podem-se criar mecanismos, por meio do departamento de Recursos Humanos da empresa, para dar ao trabalhador agredido o direito de denunciar a agressão de que tenha sido vítima, por escrito e sigilosamente; com esse fim, o indivíduo agre-

dido pode utilizar caixas postais e mesmo “urnas” em dependências isoladas dentro da organização, para que, em tese, possa ter seu anonimato garantido. São passos para amenizar o problema, mas não bastam.

A nosso ver, as condições e a filosofia que determinam a hipercompetição é que devem mudar. Somente um efetivo processo de humanização do trabalho poderá fazer com que os “sintomas” dessa verdadeira doença retrocedam.

Poderíamos começar pela criação daquilo que Christophe Dejours, em várias de suas obras, chama de espaço público, ou espaço de discussão, onde a “ação comunicativa” torna possível a constituição da “razão comunicativa”, nas palavras de Jürgen Habermas (1988). Em outros termos, a discussão do problema do assédio deve levar as pessoas a perceberem que seu problema não é individual, que não lhes falta *competência*. *É um problema que envolve interações sociais complexas e, portanto, não devem se culpar.*

## Conclusão

A saída está na organização do coletivo para que possamos transformar súditos em cidadãos. De fato, lembrando um pensamento de Norberto Bobbio, em sua obra "Liberalismo e democracia" (1993), para tornar-se cidadão é necessário haver direitos iguais para todos, constitucionalmente garantidos, sem discriminação de qualquer tipo – sejam provenientes de sexo,

religião, raça, classe social ou quaisquer outras. E como o momento histórico e o povo influem sobre esse elenco de direitos, pode-se afirmar que fundamentais são os direitos atribuídos a todos os cidadãos, indistintamente e de forma absolutamente equânime.

Como encerramento, fica uma sugestão para reflexão: se não nos solidarizarmos com as vítimas de assédio moral por senso de justiça e bondade, deveríamos fazê-lo por inteligência... Amanhã qualquer um de nós poderá vir a ser uma delas... Sobretudo em uma estrutura social em que, como vimos, impera o egoísmo e a hipercompetitividade.

De fato, em uma sociedade cuja base cultural fosse a fraternidade, o assédio moral simplesmente não existiria, ou se restringiria às patologias individuais. Mas, enquanto vivermos em uma sociedade que valoriza muito mais a capacidade de competir e vencer do que o altruísmo e a generosidade, com certeza esse tipo de coação moral continuará acontecendo.

Nesse sentido é que podemos afirmar que a punição a esses agressores, que agem de maneira torpe – egoísta e covarde – é bem-vinda, impõe limites e cria barreiras a procedimentos antiéticos.

Continuemos, pois, em nossa luta solidária por uma sociedade mais justa e menos prepotente, em que possamos ter direito a expressar nossas opiniões sem sofrer qualquer tipo de retaliação. Faço votos para que, algum dia, possamos viver em uma sociedade plenamente democrática, na qual a educação seja concebida de forma humanística e não tecnicista – com potencial

verdadeiramente emancipador – e criadora de paradigmas morais, dentre os quais o respeito pela dignidade humana seja um princípio inegociável.

## Referências

ADORNO, Theodor et al. **La personalidad autoritaria**. Buenos Aires: Editorial Proyéccion, 1965.

BOBBIO, Norberto. **Liberalismo e democracia**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

DA MATTA, Roberto et al. **A violência brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

FREITAS, Maria Ester; HELOANI, Roberto; BARRETO, Margarida. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Editora CENGAGE, 2008.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal**. Rio de Janeiro: Record, 1995.

HABERMAS, Jürgen. **Teoría de la acción comunicativa: crítica de la razón funcionalista**. Madrid: Taurus, 1988. 2 v.

HIRIGOYEN, Marie-France. **Le harcèlement moral: la violence perverse au quotidien**. Paris: Éditions La Découvert et Syros, 1998.

\_\_\_\_\_. **Malaise dans le travail: Harcèlement moral, démêler le vrai du faux**. Paris: Éditions La Découvert et Syros, 2001.

\_\_\_\_\_. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

HORKHEIMER, Max; ADORNO, Theodor. **Temas básicos da sociologia**. São Paulo: Cultrix, 1973.

LEYMANN, Heins. *Contenido y desarrollo del acoso grupal/*



moral (“mobbing”) en el trabajo. **European Journal of Work and Organizational Psychology**, v. 5, n. 2, p. 165-184, 1996a.

\_\_\_\_\_. **Mobbing**: la persécution au travail. Paris: Le Seuil, 1996b.

# A Saúde do Trabalhador

## *Rever conceitos, ressignificar a prática*

MANOEL MESSIAS MELLO\*

CLAUDIA REJANE DE LIMA\*\*

**RESUMO:** Os autores mostram que este é um campo de atuação essencialmente político, no qual se confrontam interesses distintos, no âmbito institucional; e que os preceitos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional permanecem intactos na legislação trabalhista e previdenciária e nos modelos de gestão da saúde dos empregadores, sendo necessário o controle social e a ampliação do poder de intervenção dos trabalhadores, para a regulamentação da negociação coletiva no serviço público, após a ratificação, pelo Brasil, da Convenção 151 da OIT.

*Palavras-chave:* Saúde ocupacional. Medicina do Trabalho. Convenção 151/OIT.

---

\* Mestre em Gestão de Políticas Públicas. Secretário de Saúde do Trabalhador da Central Única dos Trabalhadores (CUT); dirigente da Federação Nacional dos Trabalhadores em Processamento de Dados (Fenadados). Site: <[www.cut.org.br](http://www.cut.org.br)>.

\*\* Psicóloga. Assessora da Secretaria de Saúde do Trabalhador da CUT; mestranda em Engenharia de Produção. Site: <[www.cut.org.br](http://www.cut.org.br)>.

## Introdução

As formas de adoecer e morrer de trabalhadores de segmentos profissionais específicos sempre chamaram a atenção de médicos, filósofos e, certamente, dos próprios trabalhadores ao longo dos tempos. Datam da Idade Média as primeiras observações mais sistematizadas, como o clássico estudo do médico Bernardino Ramazzini, publicado em 1700, sobre as condições de trabalho e as doenças ocupacionais que acometiam mineiros, químicos, farmacêuticos, cloaqueiros e outros profissionais da época (MENDES; DIAS, 1991).

Contudo, é no século seguinte, a partir da Revolução Industrial, que as repercussões do trabalho à saúde assumem dimensão mais complexa, quando se instaura o novo modo de produção e, junto com ele, novo padrão de exploração do trabalho.

O reposicionamento da atividade humana nos processos produtivos – da condição de *sujeito*, verificada nas antigas corporações de ofício, à condição de *objeto*, de recurso de produção na fábrica capitalista – não só é um marco histórico, como o aspecto chave para compreender a dinâmica da relação saúde-trabalho e a saúde do trabalhador, campo de práticas onde se confrontam distintos interesses.

O primeiro serviço de Medicina do Trabalho surge na Inglaterra, em 1830, início do processo de industrialização, contexto em que a mão de obra era escassa e inexistiam políticas públicas de saúde, tampouco proteção do trabalho. A introdução de um médico no interior das

fábricas tinha como perspectiva reparar os problemas de saúde gerados pelo

processo acelerado e desumano de produção, sob pena de tornar inviável a sobrevivência e a reprodução do próprio processo. (MENDES; DIAS, 1991, p. 341).

Estavam, assim, lançadas as bases de um modelo de intervenção que perdura até os dias de hoje, ou seja, a contratação de profissionais de confiança do empregador e com disposição de defendê-lo; a prevenção de doenças como tarefa eminentemente médica; a saúde compreendida tão-somente na perspectiva individual e biológica, de relação de causa e efeito entre riscos ambientais e o corpo dos trabalhadores. E, coerente com a noção de trabalho instaurada pela Revolução Industrial, o trabalhador visto como objeto de ação do profissional de saúde, portanto, destituído de desejos, vontades e conhecimentos.

## **Nova roupagem, velhos pressupostos**

Mesmo com a ampliação para uma abordagem multidisciplinar, na chamada *Saúde Ocupacional* os pressupostos são os mesmos, sob uma nova roupagem, cuja ênfase é o viés técnico e a atuação na segurança do trabalho, mais especificamente no controle dos riscos ambientais (observáveis e mensuráveis).

Alinhadas a estas premissas da Saúde e da Segurança do Trabalho, compreendidas muitas vezes como âmbitos de ação distintos, foram estabelecidas leis e

normas de regulação nacionais e internacionais. No Brasil, temos, por exemplo, a criação do Serviço Especializado de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) e as Normas Regulamentadoras das Condições de Trabalho, instituídos em 1974, sob a égide do Ministério do Trabalho e Emprego, como resposta da ditadura militar aos elevados índices de acidentes, que conferiam ao Brasil um vergonhoso posto de destaque no ranking mundial.

No total, são 33 normas regulamentadoras da saúde, algumas de aplicação em todos os segmentos produtivos, outras voltadas para segmentos específicos (construção civil, setor elétrico, trabalho rural, trabalho em saúde etc.) e algumas estruturantes do modelo de gestão da saúde e da segurança, notadamente a NR 4 (SESMT); NR5 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (Cipa); NR6 – Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), NR 9 Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA).

Algumas NR são, também, parâmetro de salubridade ou insalubridade para fins previdenciários, quando da concessão de aposentadoria especial; e, no caso da concessão de benefícios acidentários, muitas empresas lançam mão de laudos e programas de controle de riscos, em geral, burocraticamente produzidos por técnicos, para fugirem da responsabilidade sobre os danos causados à saúde dos trabalhadores.

Não resta dúvida de que a complexidade da relação saúde-trabalho, por natureza multidisciplinar, requer parâmetros científicos e normatizações que per-

mitam estruturar políticas de prevenção e de promoção de saúde nos locais de trabalho. Contudo, ao se estabelecer um modelo de intervenção privado, totalmente sob controle dos empregadores, estabeleceu-se, também, um problema ético quanto aos compromissos na proteção da vida e da saúde, cuja tensão se expressa nas relações de trabalho e nas políticas públicas.

Há, também, limitações na eficácia das normatizações, uma vez que elas se baseiam em situações presumidas, que desconsideram a variabilidade humana e do próprio trabalho, cujas condições não se mantêm exatamente iguais do início ao final da jornada, nem por um período mais longo.

Além disso, ao privilegiar os riscos ambientais mensuráveis (iluminação, ruído, agentes químicos, biológicos etc.) se desconsidera o modelo de organização do trabalho (conjunto de regras que define o ritmo de trabalho, o conteúdo e a divisão de tarefas), as metas, os mecanismos de avaliação, enfim, o sistema hierárquico que determina as margens de liberdade e de poder dos trabalhadores para interferir nas situações de trabalho, em especial nas que impõem riscos e sofrimento.

De maneira simplificada, pode-se dizer que os riscos ambientais atingem principalmente o corpo dos trabalhadores, e a organização do trabalho, principalmente, a mente, afetando a saúde mental. Contudo, o conceito de saúde de Dejours (1986) – como possibilidade de ser *sujeito* –, implica o acesso aos meios e condições necessárias para modificar situações ambientais incômodas ou regras impostas pelo trabalho.

## A saúde do trabalho no setor público

Embora as normatizações tenham origem no trabalho industrial, a lógica e as premissas da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional se espalharam por todos os segmentos produtivos do setor privado, institucionalizadas no capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com exigências de caráter obrigatório. Mas acabam sendo referência também para o setor público, segmento em que a responsabilidade do Estado fica numa zona de penumbra, espécie de limbo jurídico, dentre outras coisas no que diz respeito à fiscalização, pela ambiguidade de o Estado fiscalizar-se a si mesmo.

Do ponto de vista da institucionalização de direitos, o setor público tem, ainda, outra especificidade, que é a trajetória organizativa dos seus trabalhadores, cujas lutas são antigas; mas o direito à constituição de sindicatos foi conquistado, apenas, na Constituição Federal de 1988, no bojo das lutas pela democratização da sociedade.

A Constituição Federal de 1988 marcou, também, nova definição e novo delineamento institucional para a saúde do trabalhador, que passou a ter a área da Saúde como marco regulatório, além das áreas do Trabalho e da Previdência Social, que já regulavam e hegemonzavam a regulação, por conseguinte, a modulação das práticas adotadas pelos empregadores.

Como campo de atuação, a saúde do trabalhador surge em meados da década de 1970, com uma pers-

pectiva transformadora, contra-hegemônica (LACAZ, 2007), fruto do posicionamento crítico do movimento sindical e de profissionais da área de saúde, no contexto das lutas pela Reforma Sanitária que deram origem ao SUS, com vistas a superar os preceitos da medicina do trabalho e da saúde ocupacional.

Suas raízes encontram-se na medicina social latino-americana e na reforma sanitária italiana, ampliando o quadro interpretativo dos processos saúde/doença e sua relação com o trabalho, para além da uma dimensão estritamente biológica, que incorpora referências das ciências sociais, em especial o pensamento marxista (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Assim, a Saúde do Trabalhador é um campo de práticas interdisciplinares, desenvolvidas por diversos atores, que têm como premissa o trabalhador como sujeito, detentor de conhecimentos, vontades e desejos e os processos saúde-doença relacionados com o trabalho não só como resultado da exposição a riscos ambientais, mas da articulação dinâmica de um conjunto de condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais.

## **Barreiras à participação do trabalhador**

Longe de uma área técnica, a-histórica e neutra, trata-se de campo de atuação essencialmente político, arena em permanente disputa, onde se confrontam interesses distintos, inclusive no âmbito institucional, posto que os preceitos da Medicina do Trabalho e da Saúde



Ocupacional, em grande medida, permanecem intactos na legislação trabalhista e previdenciária e nos modelos de gestão da saúde adotados pelos empregadores.

A representação do movimento sindical nos espaços tripartites de negociação tem possibilitado a conquista de melhorias importantes na legislação em vigor e buscado ampliar a participação dos trabalhadores nas ações de prevenção, o estabelecimento de parâmetros próximos à realidade do trabalho e mais responsabilidade dos empregadores. No entanto quando o tema em questão é controle social ou qualquer aspecto relacionado à ampliação do poder de intervenção dos trabalhadores, erguem-se barreiras intransponíveis. Não é à toa que a Cipa continua sendo presidida pelo empregador e, sob um ponto de vista mais amplo, o direito à organização dos trabalhadores nos locais de trabalho não é reconhecido legalmente. Ora, como se faz saúde do trabalhador sem a participação dos trabalhadores?

No âmbito federal, está em discussão a construção de um modelo de intervenção em saúde do trabalhador específico para o setor público, que, possivelmente, acabe sendo paradigma para as esferas de governo. O ponto de partida é o acúmulo institucional do setor privado, cuja lógica de trabalho dialoga muito pouco com a realidade do setor público, em especial com os trabalhadores da educação.

É claro que não se pode “jogar fora a criança junto com a água do banho”. O setor privado agrega acúmulo expressivo, impulsionado, sobretudo, pelas lutas dos trabalhadores por melhorias nas condições de traba-

lho, pelas denúncias da ocorrência de acidentes e doenças, de assédio moral e outras formas de violência. Contudo, ao “herdar” o modelo “herda-se” também um conjunto de práticas, cuja eficácia é questionável – basta ver a persistência de elevados índices de acidentes e doenças do trabalho no Brasil.<sup>1</sup>

## Conclusão

Mudanças são necessárias, especialmente nos aspectos relacionados à gestão, de forma a possibilitar, de fato, a participação dos trabalhadores nas ações de prevenção e promoção de saúde, a instituição de uma lógica de vigilância em saúde a partir dos locais de trabalho, que permita a intervenção precoce nas situações de risco e, sobretudo, responsabilidade e compromisso dos empregadores com as condições de trabalho.

Estas mudanças devem estar alinhadas com o eminente processo de regulamentação da negociação coletiva no serviço público, decorrente da recente ratificação da Convenção 151 da OIT pelo Brasil, que servirá sem dúvida para uma relação democrática entre servidores públicos e o Estado.

---

1 Dados oficiais da Previdência Social indicam que, em 2008, foram registrados no Brasil 747.663 acidentes de trabalho. Deste total, 438.536 corresponderam a acidentes típicos, ou seja, no local e horário de trabalho; 88.156 a acidentes de trajeto, no percurso entre a casa e o trabalho e vice-versa; e 18.576 a doenças ocasionadas pelo exercício da atividade profissional. Do total, 2.757 trabalhadores morreram e 12.071 foram afastados, definitivamente, do mercado de trabalho por incapacidade permanente (BRASIL, 2008), parte significativa por amputação de mãos e dedos. Em relação às mortes, estima-se que no Brasil ocorrem três mortes a cada duas horas de trabalho e três acidentes a cada minuto de trabalho. Cabe observar que os dados oficiais são reconhecidamente subestimados, em decorrência da elevada subnotificação e por abranger tão-somente trabalhadores formais regidos pela CLT, cobertos pelo Seguro Acidente do Trabalho, ou seja, estão fora das estatísticas oficiais os trabalhadores públicos de regime estatutário, trabalhadores informais e autônomos.

## Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Acidentes do trabalho. In: \_\_\_\_\_. **Anuário estatístico da Previdência Social 2008**. Brasília: Previdência Social, 2008. Disponível em: <[www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=850](http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=850)>. Acesso em: 7 jun. 2010.

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

LACAZ, Francisco Antonio de Castro. O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 757-766, abr. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 7 jun. 2010.

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p. 341-349, out. 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101991000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 jun. 2010.

MINAYO-GOMEZ, Carlos; THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, suppl. 2, p. S21-S32, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000600003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 6 jun. 2010.



Confederação Nacional dos  
Trabalhadores em Educação  
www.cnte.org.br

Professores



FAZEMOS: Formamos | Atuamos | Atuamos

VOCE ESTÁ AQUI: Início

Início

Institucional

A CNTE

Estaduto

## Sua cidade respeita a Lei do Piso?

A CNTE quer saber se o Piso Salarial Profissional Nacional do magistério é implementado na sua região. Clique aqui e vá o seu relato.



14 de julho  
Dia Nacional  
do Magistério  
da Lei 12.128



A Rádio pela Educação



RECEBA O BOLETIM

Nome: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_  
 Receber em HTML  
Cadastrar

WebSite dos Afiliados



Quêntido de Cidades

Com o seu Estado

Trabalho



Webmail CNTE

Plataforma

Videos

A voz da Educação

Clipping

Educação

CNTE

Campanhas

11ª Semana Educação

Greve pelo Piso 14/03/10

O piso é lei!

Mobilização pelo Piso

Conferências Estaduais

Pela Educação(s!)

10ª Semana Educação

9ª Semana Educação

Comissão Inq

Site de Notícias



**Acesse o site da CNTE e fique por dentro de tudo o que acontece na educação pública no Brasil.**



Canal de videos no YouTube



Noticias rápidas no Twitter



Programa de rádio A Voz da Educação



Matérias especiais no CNTE TV



Noticias atualizadas no CNTE Infoma



# CADERNOS DE EDUCAÇÃO



Resenha



# Síndrome de *Burnout*

## *Uma pesquisa de referência no País*

Wanderley Codo (Org.). 4 ed., Petrópolis: Vozes / Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 2006, p. 432. ISBN 978-85-326-2123-8.

Responsável pela resenha:

JUSSARA BUENO DE QUEIROZ PASCHOALINO\*

O livro "Educação: carinho e trabalho – *Burnout*, a síndrome da desistência do educador, que pode levar à falência da educação" foi resultado de uma parceria inédita da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE), com o Laboratório de Psicologia do Trabalho da Universidade de Brasília (LPT/UnB) e ainda constitui uma referência importante.

Em sua elaboração, o professor e pesquisador Wanderley Codo, juntamente com sua equipe, estudou as condições de trabalho e saúde mental dos trabalhadores da educação em extensa pesquisa investigativa, solidificada na fidedignidade dos dados coletados e na validação dos instrumentos utilizados. Seu objetivo foi o de dar visibilidade ao trabalho disseminado nas escolas brasileiras, ao abarcar todos os estados brasileiros, em suas diferentes singularidades.

\* Mestre em Educação. Doutoranda em Educação na Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (FAE/UFMG). E-mail: <jussarapaschoalino@yahoo.com.br>.

Ao disponibilizarem as análises de pesquisa tão abrangente, que teve a duração de dois anos e meio e atingiu 52.000 entrevistados, a CNTE e o LPT/UnB permitiram elucidar o significativo retrato do adoecimento mental da categoria dos trabalhadores da educação das redes estaduais de educação básica pública.

As descrições dos passos adotados no estudo revelam a intrínseca relação do rigor acadêmico e da epidemiologia na construção das análises. O panorama dessa investigação foi alcançado com a utilização da metodologia clínica, que permitiu cruzar os dados objetivos e subjetivos, cotejados pela equipe de pesquisadores. Seus dados quantitativos e qualitativos foram cuidadosamente coletados, a partir da homogeneização, garantida pelo treinamento de todos os participantes. Sua divulgação, no formato de livro, proporcionou a publicação dos resultados, que, pelo seu escopo e pela dimensão territorial, continuam sendo, ainda, referência imprescindível, para analisar as relações de trabalho na educação.

Assim, as polifonias coletadas na pesquisa permitem dar voz aos trabalhadores da educação e mostrar a situação de sofrimento desses profissionais. Vale ressaltar que os estudos realizados a partir dessa realidade educacional brasileira expressaram a necessidade do afeto na educação. E continuam provocando a busca de saídas, para minorar as grandes lacunas na saúde dos trabalhadores da educação.

O prefácio instigante nos faz enveredar pelas sendas do trabalho da educação a partir de suas contradi-

ções, e o misto de tensões do cotidiano desconcertante se descortinou e evidenciou o *Burnout*. Foi através de histórias do dia a dia na escola que o livro nos fez adentrar a teoria.

O saber teórico, o saber da experiência e os saberes de conflitos estão diluídos na obra, em que os sentimentos e enfrentamentos dos profissionais foram elucidados. Dividida em seis partes, permite compreender as sutilezas da realidade dos trabalhadores da educação.

Na primeira parte, "Educar o afeto invocado", se analisou a dimensão essencial do afeto para a educação. Na segunda parte, "O ofício de educador", as reflexões ponderaram sobre o que se espera da escola enquanto instituição e as relações empreendidas pelos diversos atores da educação, em analogia com outras formas de organização do trabalho. A ênfase ao reconhecimento, que passa pela questão salarial, também avançou na dimensão da formação em serviço, das condições de trabalho e na valorização pelo serviço prestado.

Nesse aspecto, a satisfação no trabalho foi relatada como a chave para uma produção eficaz. Os dados da pesquisa permitiram que os autores considerassem como os trabalhadores, apesar dos vários dilemas da profissão, se esforçavam ao máximo por uma ação criativa e transformadora. O seu trabalho foi analisado na trama de suas especificidades e singularidades, em que o foco na afetividade é determinante.

Na terceira parte do livro, "Imagens e miragens da Escola Pública", destaque especial foi dado às condi-



ções efetivas do trabalho, com apreciações sobre os dilemas da violência, da agressão, das questões relativas à infraestrutura, da gestão escolar e sobre os efeitos e impactos na saúde dos trabalhadores.

A quarta parte, "Espelho perverso", discutiu as condições financeiras dos trabalhadores da educação, com o foco no salário e no poder de compra, com uma reflexão sobre os aportes do valor do trabalho e a problematização sobre a compatibilidade entre o trabalho realizado e o salário recebido.

Os capítulos da quinta parte desvendam toda a carga emocional dos trabalhadores da educação e as marcas do adoecimento mental. Com uma sequência cuidadosa, os conceitos foram explicitados ao longo da história. O campo da educação apareceu como epidêmico para o *Burnout*, diante dos níveis diferenciados, da despersonalização e da exaustão emocional, ressaltadas as dimensões do sofrimento humano no emaranhado das atuações pessoais e profissionais, e a necessidade de suportes afetivos capazes de evitar a doença.

A educação como liberdade foi referendada na perspectiva de uma construção coletiva capaz de ser o suporte para evitar o sofrimento social. O *Burnout* foi discutido na perspectiva de círculo vicioso, que aparece quando a carga de trabalho é demasiada ou quando a pessoa que o vivencia passa a considerá-la pesada. Foi elucidado pela pesquisa sobre a relação do trabalhador com a importância de seu trabalho e a sua saúde. Os baixos salários da educação o leva a duplicar sua jornada de trabalho na perspectiva de aumentar a re-

muneração. Entretanto, as disparidades entre o trabalho e o salário repercutem na vida desse profissional, que adoce, ao experimentar o baixo valor percebido.

Por fim, a sexta e última parte do livro, "A si mesmo como trabalho, ao outro como produto e ao planeta como cenário", começou a apontar saídas na conjuntura, visíveis nos trabalhadores.

A profundidade do livro configura um trabalho de excelência, em que as reflexões emanadas por diversos pesquisadores reafirmaram a complexidade do trabalho nas escolas e na ação do profissional da educação, que tanto tem se doado ao outro com cuidados, e que precisa, também, de um olhar voltado para si.

De leitura agradável, a obra possibilita mergulhar no campo da pesquisa científica, beber de teorias, aproximar das realidades das escolas brasileiras, compreender aspectos da saúde mental e, sobretudo, entender que o *Burnout* constitui mais um desafio a ser vencido coletivamente pelos trabalhadores da educação.

CADERNOS DE  
EDUCAÇÃO



Documento



# I Seminário Nacional sobre Saúde dos Trabalhadores em Educação

## *Encaminhamentos e propostas*

### **Apresentação**

O 1º Seminário Nacional sobre Saúde dos(as) Trabalhadores(as) em Educação, promovido pela Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação (CNTE), ocorreu entre os dias 17 e 19/11/2009. Foi uma iniciativa que contou com a colaboração de diversas secretarias da CNTE (Secretaria Geral, Saúde, Relações Internacionais, Assuntos Jurídicos e Legislativos, Direitos Humanos, Relações de Gênero) e da Escola de Formação da CNTE (Esforce), além do apoio da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e da DGB Bildungswerk.

Foi consenso dentre os participantes a necessidade de estimular a participação e a organização de coletivos de saúde nas entidades filiadas (medida essa que a CNTE já encaminhou através da criação, em caráter *pro tempore*, de um coletivo nacional de saúde). Outros pontos destacados foram o de pensar o tema não como um argumento e sim como política de negociação para a promoção de saúde e prevenção de doenças e também o de aprofundar o debate sobre as razões da elevação contínua dos casos de adoecimento, afastamento, readaptação e aposentadoria por invalidez, através de pesquisas e campanhas específicas.

A preocupação com a formação sobre saúde dos(as) trabalhadores(as) em educação, articulando-a com as discussões gerais sobre saúde apareceu como uma preocupação premente nos Encaminhamentos. Nesse ínterim, se reforçou a necessidade de produção de material de informação e comunicação (cartilhas, vídeos, revistas) para que o tema ganhe a relevância e seja devidamente incorporado nas pautas de reivindicações, ganhando centralidade na luta por melhores condições de trabalho e qualidade de vida. Como indicação positiva e unitária, também foi de incluir nos eventos da CNTE e das entidades filiadas a discussão sobre a saúde dos(as) trabalhadores(as) em educação, qualificando a intervenção dos maiores interessados nesse quesito, observando os recortes de raça, etnia, gênero, geracionais e funcionais como fatores que nuanceiam a problemática dos agravos à saúde.

## **Encaminhamentos do Seminário**

De forma objetiva e pontual, os encaminhamentos gerais do Seminário destacaram um conjunto sintético de diretrizes, desdobradas em sua variedade e complexidade, bem como consideradas suas interrelações e complementações, em ações específicas. Algumas delas comportam perspectivas de longo prazo e demandam um trabalho mais extensivo, posto que outras propostas tinham caráter mais conjuntural e imediato [como, por exemplo, a construção de indicações que

se fizessem presentes nos debates da Conferência Nacional de Educação (Conae<sup>1</sup>) e no documento final que subsidiaria o novo Plano Nacional de Educação (PNE)].

Reunidos em sete grandes eixos, os encaminhamentos foram os seguintes:

1. *Incentivar a formação de coletivos para trabalhar prioritariamente a promoção de saúde e saúde preventiva;*
2. *Promover política de formação para saúde do trabalhador, com foco no Sistema Único de Saúde (SUS) e saúde suplementar;*
3. *Realizar seminários e pesquisas, sobre saúde, nos estados articulados com as secretarias e projetos afins;*
4. *Incluir a temática nos eventos da CNTE e entidades afiliadas;*
5. *Incluir nas pautas de negociação coletiva a temática da promoção da saúde e prevenção de doenças;*
6. *Articular a temática na Conae e na construção do novo PNE;*
7. *Estabelecer o corte de gênero, raça e etnia.*

## **Propostas dos participantes do Seminário**

De forma complementar aos eixos apresentados como fundamentais para orientar a ações relacionadas ao tema, foram apresentadas e discutidas coletivamente, uma série de outras proposições mais específicas e dirigidas. Numa espécie de mosaico, tais propostas procuraram antes notificar aspectos particulares (mas não menos importantes) do que serem uma plataforma coesa de reivindicações. Servem, em última análise, para ilustrar a ampla gama de abordagens possíveis e necessárias para o cor-

---

1 A Conae foi realizada entre os dias 28 de março e 1º de abril de 2010, em Brasília.

reto trato político da saúde dos(as) educadores(as), numa visão mais detalhada das inúmeras tarefas sindicais a serem cumpridas para fazer da saúde um ponto vital da luta dos trabalhadores e trabalhadoras em educação.

### *Sensibilização das entidades*

- » Incorporar o tema da saúde à proposta geral das entidades;
- » Abordar o tema nas bandeiras de luta da CNTE e dos sindicatos;
- » Criar, em todos os sindicatos, a secretaria de saúde;
- » Incorporar à discussão os problemas vivenciados pelos funcionários da educação, pelos especialistas e pelos aposentados;
- » Observar o corte racial e de gênero;
- » Fortalecer e melhorar as políticas públicas voltadas aos trabalhadores na educação aposentados;
- » Desenvolver ações no sentido de estabelecer uma melhor segurança jurídica para os readaptados.

### *Formação*

- » Promover a formação política e sindical relacionado à saúde;
- » Mobilizar, através da CNTE, as entidades para provocar seminários estaduais sobre o tema de saúde;
- » Promover a troca de experiências intersindicais;
- » Construir parceria com os sindicatos da saúde;
- » Incentivar a participação nos coletivos de saúde das Centrais Sindicais.

## *Fortalecimento do SUS*

- » Disseminar, entre todos os trabalhadores em educação, a política de saúde do trabalhador;
- » Fortalecer e melhorar as políticas públicas, voltadas aos trabalhadores na educação aposentados;
- » Articular audiências públicas em torno do tema saúde;
- » Incentivar a participação dos sindicatos nos conselhos setoriais de saúde e da comissão intersetorial de saúde do trabalhador;
- » Construir a política nacional de saúde do trabalhador na educação;
- » Fortalecer a formação no instrumental sobre a legislação da saúde suplementar;
- » Garantir projetos de lei que garanta promoção de saúde;
- » Promover seminário para disseminar os princípios do SUS e lutar para o seu fortalecimento.

## *Disseminação da temática*

- » Informar à sociedade, através de outdoor, panfletos e outras formas, sobre as condições de saúde enfrentada pelos trabalhadores na educação;
- » Incentivar que nos congressos e conferências tenham uma mesa sobre saúde do trabalhador na educação;
- » Elaborar cartilha e encaminhar para as entidades.

*Secretaria de Saúde da CNTE.*



**Projeto Gráfico**

Esta publicação foi elaborada em 13 x 23 cm, com mancha gráfica de 9 x 17 cm, fonte Palatino LT Std 11pt., papel pólen soft 70g, P&B, impressão offset, acabamento dobrado, encadernação colado quente.

**Edição Impressa**

Tiragem: xxx exemplares

Gráfica xxx

Julho de 2010