UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

LUISA FERNANDA DELGADO MARTINEZ

O RISCO PSICOSSOCIAL: Uma questão que desafia a atividade do psicólogo na ampliação/produção da saúde dos trabalhadores.

VITÓRIA- ES

2015

LUISA FERNANDA DELGADO MARTINEZ

O RISCO PSICOSSOCIAL: Uma questão que desafia a atividade do psicólogo na ampliação/produção da saúde dos trabalhadores.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientador: Prof.° Dr.° Rafael da Silveira Gomes

VITÓRIA- ES

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

LUISA FERNANDA DELGADO MARTINEZ

O RISCO PSICOSSOCIAL: Uma questão que desafia a atividade do psicólogo na ampliação/produção da saúde dos trabalhadores.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Institucional.

Vitória, 17 de Março de 2015.

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

PROF. DR. RAFAEL DA SILVEIRA GOMES

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

(Orientador)

_____

PROF.ª. DR.ª. MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

_____

PROF. DR. JAIRO ERNESTO LUNA GARCIA

Universidad Nacional de Colombia

_____

PROF. DR. THIAGO DRUMOND MORAES

Universidade Federal do Espírito Santo

_____

PROF. DR. UEBERSON RIBEIRO ALMEIDA

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Aos mais certos mestres de vida que pude ter: minha mãe e meu filho, por terem me apoiado nesta aposta! Gratidão, amor e admiração por vocês!

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Alianças para Educação e a Capacitação PAEC-OEA-GCUB 2012.

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional PPGPSI da Universidade Federal do Espírito Santo UFES.

Ao meu orientador e amigo Rafael Gomes, por seu respeito, paciência, aceitação, cuidado e guia.

Aos respeitados, admiráveis e queridos Professores Beth Barros, Thiago Drumond e Jairo Ernesto Luna, pela disposição, escuta, critica carinhosa, acolhida e parceria.

À Coordenação, colegas e professores do PPGPSI, especialmente à galera da turma Sete (7), pela paciência ao ter que lidar com uma estrangeira que desfazia a língua portuguesa e desconhecia o movimento institucionalista, obrigada por se disponibilizar para este diálogo e me permitir mergulhar no seu idioma linguístico e epistemológico. Sigo sendo aprendiz em construção.

À amizade, carinho e irmandade construída no grupo das "poderosas" (Janice, Ana, Olga, Renata e Alice).

Aos estudantes da graduação em psicologia que me acolheram carinhosamente no estádio em docência.

Aos psicólogos participantes desta pesquisa que compartilharam suas experiências possibilitando novas passagens no encontro trabalho-saúde.

Aos meus amados amigos brasileiros de fé, especialmente o Toninho (Antônio Vitor) e a Bia (Beatriz Cisney), pelo carinho e alegria que compartilhamos.
À mina querida amiga Soninha (Sônia Fernanda Fagundes) e sua família, por ter me acolhido desde sempre com carinho no seu coração, sem se importar das nossas diferencias culturais e ter feito da comunicação gestual o começo de uma grande amizade.

Aos amigos do PPGPSI, quem com sua solidariedade me ajudaram a fazer mais fácil a vida longe de casa!

Ao meu querido amigo Pipe (Felipe Mendes), por uma amizade marcada pela escuta, compreensão e respeito; por ter a palavra certa no momento certo, por seu apoio incondicional e por me lembrar "que a vida devia ser bem melhor e será, mas isso não impede que eu repita: É bonita, é bonita e é bonita!".

Aos amigos do Programa de Formação e Investigação em Saúde e Trabalho do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Política (PFIST-Nepesp/Ufes) por compartilhar suas experiências em encontros enriquecedores e me acolher com carinho.

A minha família:
Meu anjo do céu e eterna mãe-avó Cecilia, por ter e seguir cuidando de mim.
Meu avô Juan C, por me permitir disfrutar do seu entendimento de saúde, ao olhar como supera a diabetes sem dietas e com cada colher de doce sorvete.
Minha mãe Flor Alba, pelo seu amor incondicional.
Meu pai Felix António, por ser o melhor pai que conseguiu ser.
Minha irmã Zandra por abrir possibilidades e caminhos para a família.
Meu irmão Miguel Angel, por ser meu conselheiro, crítico amoroso, confidente, cúmplice e oásis de risos, amor e vida; por inspirar com suas apostas as minhas; por partilhar comigo seu amor à vida, à agua e à América do Sul; por me contagiar de seu espirito de antropólogo aventureiro; pelas conversas infinitas sem conclusão e corações agitados querendo trabalhar por um mundo melhor; por ter acreditado em mim e me admirado SEMPRE. Tal vez, morramos sem poder salvar o mundo, mas já sabemos que "somos nós que fazemos a vida como der, ou puder, ou quiser".
Ao meu filho Andrés Camilo, pelo seu incomparável amor que faz mais leve e feliz minha vida, pelas brincadeiras e caretas que criamos e nos fazem explodir a gargalhadas, pelo sossego que traz seu sábio conselho, por ter aceitado com amor e uma maturidade incrível a distancia do primeiro ano de mestrado, e por se aventurar comigo no segundo ano para habitar uma terra desconhecida; pelas loucuras compartilhadas e os 14 anos mais maravilhosos da minha existência.

Ao meu amor Anuar, parceiro inimaginável, que tem me ensinado que com amor e paciência

se chega longe!

À minha querida amiga Sirley Garzón, pela sua amizade sincera, por ser uma mulher admirável, por me inspirar com seu exemplo de superação e firmeza; por me apoiar, animar e acompanhar virtualmente em dias de choro e saudades. Sua sensibilidade e aquele humor preto foram ótimos para recomeçar uma e outra vez.

À minha querida amiga Jenny Agaméz pelas experiências partilhadas que foram alimento para o espirito.

À galera do meu antigo trabalho em saúde ocupacional, aquela equipe da Claudia, Jimena, Pilar, Melvin, Sandra, Viviana, Griselda, Alejandro e Ximena; pelo vivido no serviço e por uma amizade sem fronteiras.

À Gilead Tavares, a Marcia Cruces, a Catalina Torres, por se converter naquela bússola indispensável ao inicio do caminho, e por terem me dado inestimáveis e afetivas provisões para percorrê-lo.

À minha amiga Viviana Plazas pelas aventuras vividas.

À família Benevides e seu lar, lugar onde morei a maior parte do tempo; aqui, as paredes cheiraram café e chocolate em manhas, tardes e noites de escrita. Esta kitnet foi testemunha de desistências e empolgamentos na construção de pesquisa e vida.

À colônia colombiana e latina de Vitória – ES e aos irmãos estrangeiros que conheci aqui; assim como a esta linda terra capixaba que através da sua gente me acolheu como mais uma filha deste inesquecível Brasil.

À Colômbia e ao orgulho de ser colombiano, que enche nosso espírito de valor para mostrar ao mundo uma pátria que vai para além do que a meia vende sobre nosso país.

Aos trabalhadores colombianos e brasileiros que encontrei no cotidiano, por ter inspirado cada vez mais esta pesquisa. Eles são muitos, mas como se esquecer de: aquela profissional do setor farmacêutico com alopecia gerada pelas condições de trabalho; as profissionais dos

serviços gerais, que além de fazer nossos dias mais confortáveis com uma garrafa de café e um banheiro limpo, nos alegram com cada historia que têm para contar; à Judicia, recepcionista que me surpreendeu ao partilhar comigo seu café da tarde, quando eu solicitava para ela algumas informações e aguardava pelo entendimento; a uma funcionaria da policia federal que tal vez, em um dos seus maus dias, me perguntou gritando se eu precisava de um desenho para entender; ao trocador do ônibus (profissão que conheci aqui) que partilhou balas conosco, passageiros, para esquecer o engarrafamento; ao cara da feira, que toda terça vendeu o abacaxi para mim com um sorriso na face; à garota que cortava para mim a carne enquanto dizia para seus colegas "¡olha que legal, ela é da Colômbia!".

Ao cara que trabalha nos bastidores – Meu papai Deus- e à força que encontrei na sua mãe.

A cada pessoa não mencionada aqui, mas que com sua existência fez parte das experiências do caminho. Agradeço tanto às oportunidades, logros e alegrias, quanto aos obstáculos, "fracassos" e tristezas, que foram determinantes para construir este projeto de pesquisa e vida; porque como diria Machado, "Caminante, no hay camino, se hace camino al andar".

“O capital não toma, pois, em atenção a saúde e a duração de vida do operário onde não seja forçado pela sociedade a essa atenção”.

(Karl Marx)

RESUMO

Esta pesquisa coloca em análise -sob a perspectiva das clínicas do trabalho- a atividade dos psicólogos com formação em saúde ocupacional, que atuam na gestão dos riscos psicossociais na Colômbia; apontando visibilizar os desafios destes profissionais na ampliação/produção da saúde dos trabalhadores, levando em consideração as normas/valores que atravessam e constituem suas práticas.

Palavras-chave: Atividade do psicólogo. Riscos psicossociais na Colômbia. Saúde-Trabalho. Clínicas do Trabalho.

RESUMEN

Esta investigación coloca en análisis –bajo las perspectivas de las clínica del trabajo- la actividad de los psicólogos con formación en salud ocupacional, que actúan en la gestión de los riesgos psicosociales en Colombia; con el fin de visibilizar los desafíos de estos profesionales en la ampliación-producción de la salud de los trabajadores, llevando en consideración las normas-valores que permean y constituyen sus prácticas.

Palabras claves: Actividad del Psicólogo, Riesgos Psicosociales en Colombia, Salud-Trabajo, Clínicas del Trabajo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 13

CAPÍTULO I 17

1. TRABALHO – SAÚDE – PSICOLOGIA NA COLÔMBIA. 17

1.1. A COLÔMBIA: PISTAS DE UMA HISTORIA MARCANTE 17

1.2. EIXOS QUE CONSTITUIEM OS DESAFIOS DA ATIVIDADE DOS PSICÓLOGOS 20

1.2.1. EIXO 1: QUAL TEM SIDO O PANORAMA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E OS CONSEQUENTES EFEITOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES? 22

1.2.2. EIXO 2: QUAIS TÊM SIDO NOSSAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA A AMPLIAÇÃO-PRODUÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES? 25

1.2.3. EIXO 3: QUAL TEM SIDO A INSERÇÃO DO PSICOLOGO NA ARTICULAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO TRABALHO? 31

CAPÍTULO II 35

2. INSPIRAÇÕES NO BRASIL: O ENCONTRO COM A SAÚDE DO TRABALHADOR E AS CLÍNICAS DO TRABALHO. 35

2.1. DISPONDO O OLHAR: DESNATURALIZANDO A SAÚDE OCUPACIONAL (SO) NO ENCONTRO COM A SAÚDE DO TRABALHADOR (ST). 36

2.2. AGENCIANDO O OLHAR: O ENCONTRO COM AS CLÍNICAS DO TRABALHO. 43

3. O ENCONTRO *COM* OS TRABALHADORES. 55

3.1. DESENHANDO CAMINHOS DE ENCONTRO: O PERCURSO METODOLOGICO. 55

3.2. INCORPORANDO EXPERIÊNCIAS: AS NARRATIVAS 59

3.2.1. **NARRATIVA 1: UMA PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL E EMOCIONAL A NÍVEL LABORAL EM BOGOTÁ*COM* A VERA.** 61

3.2.2. **NARRATIVA 2: UMA EXPERIÊNCIA DE BEM-ESTAR E MAL-ESTAR *COM* A MARLINDA.** 70

3.2.3. **NARRATIVA 3: PROCURANDO BRECHAS *COM* A JADDH.** 74

3.2.4. **NARRATIVA 4: CONVERSANDO SOBRE POLÍTICAS E EDUCAÇÃO *COM* O THEO.** 75

3.2.5. **NARRATIVA 5: UMA EXPERIÊNCIA INDEPENDENTE *COM A* PAULA:** 82

3.2.6. **NARRATIVA 6: CONSULTORIA *COM* A MAIARA ELY.** 85

3.2.7. **NARRATIVA 7: LUTANDO CONTRA O EFEITO DOMINÓ *COM* A NICE.** 89

3.3. ATRAVESSAMENTOS DE VIDA E PESQUISA: TENTANDO UMA ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES 101

CAPÍTULO IV 106

4. DIÁLOGOS *COM* A ATIVIDADE: ARTICULANDO EXPERIENCIAS E TEORIAS. 106

4.1. DEBATENDO-SE ENTRE OS INTERESSES DO CAPITAL E DOS TRABALHADORES 106
4.1.1. **A Demanda do Psicólogo Ocupacional.** 106
4.1.2. **O sistema institucional.** 110
4.1.3. **A atividade do psicólogo.** 113
CONSIDERAÇÕES FINAIS 131
REFERÊNCIAS 134
APÊNDICES 139
APÊNDICE A-Convite de participação na pesquisa. 139
APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE 140

INTRODUÇÃO

É na Colômbia e na experiência mesma do trabalho, onde se encontram as raízes da nossa pesquisa. Na atividade de uma psicóloga[1] em empresas de diversas finalidades econômicas e sociais: comércio, justiça, riscos laborais, segurança, tecnologia, educação, serviços funerários, recursos humanos e previdência social. Empresas do setor público e privado; pequenas, médias e grandes; instituições aparentemente diferentes, mas com um discurso em comum próprio da nossa economia capitalista e modernidade: satisfazer as necessidades dos clientes/usuários mediante práticas rentáveis e competitivas.

No percurso destas experiências de trabalho, ela decidiu se formar como especialista em saúde ocupacional. Assim, sua atividade foi adquirindo outros sentidos e gerando novas práticas; porém, porque uma psicóloga desejaria se formar nesse campo? Tal vez, para aumentar suas possibilidades de empregabilidade; tal vez, pela vontade de agir em uma empresa com questões diferentes aos Recursos Humanos e a administração de pessoal; e tal vez, pelo interesse do que a psicologia poderia fazer pela saúde dos seres humanos que trabalham. Mas, para além das vontades, teria um campo de atuação possível?

No curso de especialização encontrou a resposta a esta questão. Ter como parte da carga acadêmica uma disciplina chamada risco psicossocial, dava as pistas de que esse *psi* teria alguma coisa a ver com a psicologia; que dizer, com ela. Foi nessa disciplina que conheceu a resolução 2646 de 2008, como uma política governamental que traçava um caminho susceptível a ser percorrido.

Esta disposição legal abria as portas para uma atuação do psicólogo focada na saúde dos trabalhadores. Ótimo! Contudo, ter as portas abertas não é sinônimo de ausência de limitações. Já na sua atuação como psicóloga especialista em saúde ocupacional, experimentou como a lógica da nossa economia capitalista atravessava o trabalho, limitando a efetivação desta e outras políticas direcionadas à saúde dos trabalhadores. Esta situação, no cotidiano de trabalho, se traduzia em indiscutíveis efeitos negativos para a saúde dos trabalhadores e para o desenvolvimento da sua atividade.

[1] Neste caso referimo-nos à psicóloga pesquisadora, mas aqui, é importante assinalar que levando em consideração todas as vozes que participaram na construção desta pesquisa, grande parte do texto será desenvolvida na primeira persona do plural (nós).

No entanto, surgiram nela algumas tensões e desassossegos frente à atividade dos psicólogos com formação em saúde ocupacional, e os desafios que significava para estes profissionais inserir, manter e desenvolver a discussão da saúde dos trabalhadores desde a abordagem dos fatores psicossociais ao interior das empresas. Nesta tribulação, varias foram as inquietações: Será que esta é uma questão que não vai para além de ser um desconforto pessoal, relacionado, tal vez, à falta de experiência na área? Mas, como pensar em uma questão pessoal, se a gente, esta diante de um contexto que é muito mais amplio do que a atuação de uma psicóloga? Ou, será que, efetivamente estas tensões são validas, mas é uma realidade que se restringe apenas à Colômbia?

Estas questões se faziam cada vez mais intensas, e, mesmo sentindo que "é muito mais fácil pensar que as coisas são simples, que há uma solução para cada problema e que basta ficar numa filosofia de aplicação" (SCHWARTZ, 2007, p. 82); esse não era o plano, embora fosse uma opção. Foi assim, como no momento justo, esta psicóloga foi acolhida pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional PPGPSI da Universidade Federal do Espírito Santo UFES.

No Brasil, e no inesquecível mestrado em psicologia institucional, estas inquietações foram se agenciado com ajuda do movimento institucionalista e duas perspectivas[2]: o campo da Saúde do Trabalhador (ST) [3] e as Clínicas do Trabalho de inspiração francesa. O encontro entre os saberes, práticas e sentidos destas perspectivas e a saúde ocupacional, gerou uma deslocação que nos conduziu a habitar novos territórios e dialetos epistemológicos. Assim, foram surgindo interrogações mais amplias às já trazidas.

É possível que a política que viabiliza a inserção do psicólogo na área da saúde ocupacional - área definida pelo Governo colombiano para tratar as questões relacionadas à saúde dos trabalhadores -, seja efetivada no cotidiano de trabalho? Se não, por quê? Os psicólogos estão formados para isso? Os psicólogos vão conseguir isso? Eles têm apoio, por exemplo, das empresas para a efetivação desta política? Como implementar esta política na iniciativa privada, onde em muitos casos o trabalho do mesmo psicólogo é precarizado? O que é oferecido e disponibilizado para fazer acontecer esta política, é suficiente?

[2] Perspectivas que são discutidas no Capítulo II.

[3] Toda vez que a gente se estiver referendo à saúde do trabalhador como campo, e não como expressão, vão aparecer as siglas (ST).

Neste livre exercício de se perguntar, fomos caminhando juntos e esboçando certa problematização que partiu do acolhimento das tensões trazidas e deu origem a nosso objetivo de pesquisa: Analisar a atividade dos psicólogos com formação em saúde ocupacional, que atuam a gestão de riscos psicossociais na Colômbia; visando abordar os desafios destes profissionais, levando em consideração as normas/valores que atravessam e constituem suas práticas na ampliação/produção da saúde dos trabalhadores.

Atingir esse nosso alvo, significou a consecução de outros objetivos. Então, decidimos nos aproximar à atividade dos psicólogos com formação em saúde ocupacional. Assim, a partir da disponibilidade de sete (7) psicólogos, geramos alguns encontros[4] para nos aproximar à atividade destes profissionais. A riqueza destes encontros nos levou à produção de narrativas que trazem experiências imersas em uma realidade social e política de um país, mas que são atravessadas por toda uma política económica global.

As narrativas foram analisadas desde as perspectivas da ST e as Clínicas do Trabalho – principalmente a ergologia-. As análises construídas, além de ter a pretensão de visibilizar os desafios dos psicólogos na ampliação-produção da saúde dos trabalhadores, tiveram a intenção de contribuir para a saúde dos trabalhadores desde e para a atividade dos psicólogos que militam nesta direção, tanto na Colômbia, quanto no Brasil como país inspirador das análises.

No entanto, esta pesquisa constitui uma aposta ético-política, uma bandeira pela saúde do trabalhador, quem, sem importar sua nacionalidade, sua profissão - seja caminhoneiro, enfermagem, trocador, médico, faxineira, professor, caixa, engenheiro, pedreiro, psicólogo etc.-, tem que sofrer as lógicas da nossa economia capitalista; mas que nem por isso, consegui ser despojado do seu poder de agir.

Neste sentido, acreditamos que o trabalho - mesmo que a produção de pesquisa- como atividade humana, tem uma potencia transformadora que nos convoca seu cuidado por ser determinante na ampliação-produção da saúde dos trabalhadores; e, segundo como seja gerida esta convocação, poderemos fazer frente aos movimentos da vida e às produções sociais que atravessam "o mundo do trabalho". Em consequência, neste texto, trabalho e pesquisa, se constituem como vida mesma a partir dos capítulos que seguem.

[4] Estes encontros fazem parte da metodologia que é desenvolvida no tópico 3.1.

No CAPÍTULO I, apresentamos breves pistas da historia colombiana em relação ao trabalho, priorizando um sucinto panorama dos três eixos que consideramos atravessam os desafios dos psicólogos na ampliação-produção da saúde dos trabalhadores.

No CAPÍTULO II, mergulhamos nas perspectivas que subsidiaram nosso olhar para enxergar a atividade dos psicólogos e seus desafios; deslocando-nos e desnaturalizando algumas noções da saúde ocupacional tradicional.

No CAPÍTULO III, apresentamos o nosso encontro com o campo de pesquisa e as construções que se derivaram desta intervenção. Isto inclui o percurso metodológico, as narrativas produzidas e a análise das implicações.

No CAPÍTULO IV: se coloca em análise a demanda do psicólogo ocupacional, o sistema institucional e atividade dos psicólogos. Finalmente são tecidas umas considerações finais desta pesquisa.

CAPÍTULO I

1. TRABALHO – SAÚDE – PSICOLOGIA NA COLÔMBIA.

"De donde vengo yo…
la cosa no es fácil pero siempre igual sobrevivimos.
De tanto luchar siempre con la nuestra nos salimos.
Y aquí se habla mal pero todo está mucho mejor.
Tenemos la lluvia, el frio, el calor"[5].

1.1.A COLÔMBIA: PISTAS DE UMA HISTORIA MARCANTE

Historicamente, a Colômbia, como outros povos da América, teve a influência da hegemonia espanhola na organização da vida de seus habitantes. Os colonizadores impuseram suas regras baseadas na exploração do povo nativo, que junto com africanos tiveram que vivenciar trabalhos forçados, sobretudo em atividades de exploração do solo.

Porém a exploração extrativista de origem mineral surgiu quando "os conquistadores espanhóis ocuparam o território habitado da atual Colômbia e despojaram de seu ouro aos indígenas, a inicios do século XVI. Quando terminou esta etapa, muitos deles foram aos rios e riachos que os nativos assinalaram, a lavar suas areias para obter o apreciado metal nas suas fontes naturais. Assim nasceu a mineração no nosso país" (POVEDA, 2002, p. 1).

No entanto, a atividade mineira trouxe consigo o trabalho escravo e os consequentes danos na vida das pessoas; assim, "quando a mão de obra indígena se esgotou por conta da mortalidade, a Espanha autorizou a mobilização de negros Africanos que chegavam a Cartagena" (POVEDA, 2002, p. 1), para continuar saqueando nossos recursos naturais.

Importante assinalar que até hoje se continua com a exploração mineira - como um dos tantos modos de extrativismo[6]-; já não pelos colonos da época, senão pelas empresas transnacionais

[5] Parte da musica intitulada "de donde vengo yo" da banda colombiana ChocQuibTown do gênero hip hop e música alternativa.

[6] Segundo VEGA (2014), "el extractivismo no se refiere solamente a la explotación de minerales o

que nos submetem a novas e modernas maneiras de exploração, transigindo a organização política, econômica e social de nosso país, em função dos interesses de uns e em detrimento dos direitos de outros; como já acontecia na época da colônia. Neste sentido Vega (2014) nos adverte de que:

> El extractivismo tiene consecuencias nefastas en el ámbito social y ambiental. En el plano social destruye y desestructura a las comunidades locales, introduce nuevos hábitos y pautas de consumo, genera una mentalidad rentística y obliga a los habitantes de un territorio a subordinarse a los intereses de fracciones minoritarias de las clases dominantes que se articulan con el mercado internacional y se apropian de algunas migajas que les deja el libre comercio. El extractivismo aumenta la pobreza, la dependencia, la destrucción de los bienes comunes de tipo natural, que replican la eterna paradoja de la pobreza y la desigualdad en medio de la riqueza de recursos. Al mismo tiempo, se destruyen a las comunidades indígenas, y las que sobreviven son incorporadas brutalmente a la lógica extractivista, como acontece en Arauca, Boyacá, los Llanos Orientales, para mencionar algunos casos.

Hoje em dia anos após a escravidão, o homem, além de ter que permitir ser explorado mediante o trabalho assalariado – situação que acontece em alguns casos, sobretudo na economia extractivista-, também tem que lidar com condições de trabalho que causam agravos na sua saúde. Neste mesmo contexto extrativista RUDAS; ESPITIA (2013) reconhecem que, um dos riscos direitos da atividade de mineração é o que assume o trabalhador contratado pelo operador mineiro, já que existem potenciais efeitos negativos sobre a saúde e seguridade dos trabalhadores.

Além do mais, os danos não param por aí; é fácil se encontrar com ampla informação de empresas que com suas atividades econômicas ocasionam prejuízos ambientais, afetando a salubridade e qualidade de vida de varias comunidades. Ao respeito VEGA (2014) nos lembra que:

> La destrucción de los ecosistemas por el extractivismo forma parte de la historia de la actual Colombia desde la época de la dominación española. Ahora, el

---

hidrocarburos, sino que incluye a diversas actividades económicas que se realizan en el país. El extractivismo se podría definir como el conjunto de actividades económicas –con sus correspondientes derivaciones militares, sociales, políticas, ideológicas y culturales– que posibilitan el flujo de materia, energía, biodiversidad y fuerza de trabajo desde un territorio determinado (en este caso Colombia) hacia los centros dominantes en el capitalismo mundial, donde se consumen a gran escala para garantizar la reproducción del capital. El extractivismo tiene características que lo identifican como modelo económico y social, con unos mecanismos particulares de funcionamiento político […]".

> extractivismo contemporáneo acelera esa destrucción en la medida en que involucra a todas las actividades económicas y cubre la totalidad del territorio nacional. La puesta en marcha de megaproyectos mineros y agrícolas altera en forma inmediata y, en la mayor parte de los casos, de manera irreversible la riqueza natural de nuestros suelos y subsuelos. Los ejemplos abundan, como se comprueba con el impacto negativo de desviar ríos, como en el Quimbo (Huila), en Ituango (Antioquia), o en la Guajira (con el río Ranchería), para satisfacer el apetito de las empresas que extraen bienes naturales. (p. 1).

Imersos nesta economia capitalista, nutrida por modelos como o extrativista, é impossível não se lembrar das palavras do Eduardo Galeano quando afirma que "quanto mais cobiçado pelo mercado mundial, maior é a desgraça que um produto traz com ele ao povo latino-americano que, com seu sacrifício, o cria" (GALEANO, 1971, pag. 51).

No entanto, é evidente que atividade de trabalho, surge e se alimenta nos contextos politico-econômicos nos que estamos inseridos, fazendo com que a sua vez a relação saúde-trabalho seja uma construção social modulada pela relação trabalho-capital. Em consequência, não podemos desconhecer o efeito das políticas econômicas no social, o que gera uma inter-relação entre capital-trabalho-saúde. Neste sentido, é compreensível então, que o social, também interfira no político, como tem acontecido com o surgimento e percurso da abordagem da saúde dos trabalhadores na Colômbia; onde fatos sociais têm influenciado as geração e mudanças das políticas para a saúde no âmbito do trabalho – sublinhando aqui que entendemos o social e o político não como entes dados, mas como processos de produção-.

Assim, a lei primeira lei que aborda a relação saúde-trabalho na Colômbia, foi proclamada um ano após de que dois carpinteiros assassinaram em 1914 o General Uribe, na frente do *Capitolio Nacional* - câmera dos deputados-. Este fato influencia a promulgação da lei 57 de 1915, a qual constitui um importante passo do percurso das políticas de saúde no trabalho[7], porque propôs as bases para a discussão da saúde dos trabalhadores desde sua vinculação ao olhar da saúde ocupacional, como o afirmam Lizarazoa et al.(2011):

> "Os conceitos ligados à proteção do trabalhador frente aos perigos e riscos laborais e a legislação correspondente, foram aspetos praticamente desconhecidos na Colômbia até o inicio do século XX. Em 1904, Rafael Uribe Uribe trata especificamente o tema de segurança no trabalho no que após se converte na lei 57 de 1915, conhecida como 'lei Uribe' sobre acidentes de trabalho e doenças

[7] Ver Capítulo I, Tópico 1.2.2.

> profissionais e que se converte na primeira lei relacionada com o tema de saúde ocupacional no país" (p. 38). Tradução nossa.

No entanto, este olhar da saúde ocupacional, por sua vez norteou os modos como se de a abordagem da relação saúde-trabalho desde a academia, âmbito aonde o enfoque não tem sido diferente, evidenciando-se que há relação entre as pesquisas e a legislação colombiana, elementos que são um reflexo da situação da relação saúde-trabalho no país; assim como o mostra Andrade; Gómez (2008) sobre as pesquisas realizadas na Colômbia em saúde no trabalho:

> "Ainda que as pesquisas, desde os anos 90, na Colômbia, relativas à área da saúde laboral, sejam poucas e tardias em aparição, comparadas com outros países, não são inexistentes. A tendência tem sido investigar sobre temas clássicos em saúde ocupacional, como os riscos físicos, ergonômicos, mecânicos, entre outros; contudo, desde o ano 2000 estão sendo realizadas pesquisas que consideram outros aspectos menos tangíveis, mas de igual importância, que influem na saúde laboral, tais como o estresse, o Síndrome de Burnout, a violência no local de trabalho, etc" (p. 22). Tradução nossa.

Dentre estes "outros aspectos menos tangíveis" que estão sendo do interesse dos pesquisadores, são incluídos no enfoque de gestão de riscos em saúde ocupacional e nomeados pela academia e legislação colombiana, encontram-se riscos psicossociais; que falam das mudanças na relação trabalho–saúde e que evidenciaram a influência na saúde de aspetos menos observáveis, mensuráveis e quantificáveis, do que os tradicionais fatores de risco ocupacional (mecânico, químico, eléctrico, biológico, físico, locativo e público). Mas quais têm sido as consequências decorridas das condições de trabalho na saúde dos trabalhadores colombianos, sejam estas mais ou menos tangíveis? Esta questão faz parte de um dos três eixos que constituem e atravessam os desafios da atividade dos psicólogos, alvo central da nossa pesquisa.

1.2.EIXOS QUE CONSTITUIEM OS DESAFIOS DA ATIVIDADE DOS PSICÓLOGOS

Levando em consideração, que a inserção da **atividade** dos psicólogos no campo da saúde no

trabalho surge por um marco legislativo específico,[8] que constitui parte das **respostas sociais** às transformações globais que interferem nas **condições de trabalho e, por conseguinte na ampliação-produção da saúde** dos trabalhadores colombianos; temos definido os seguintes eixos problemáticos como realidades que interferem nos desafios dos psicólogos:

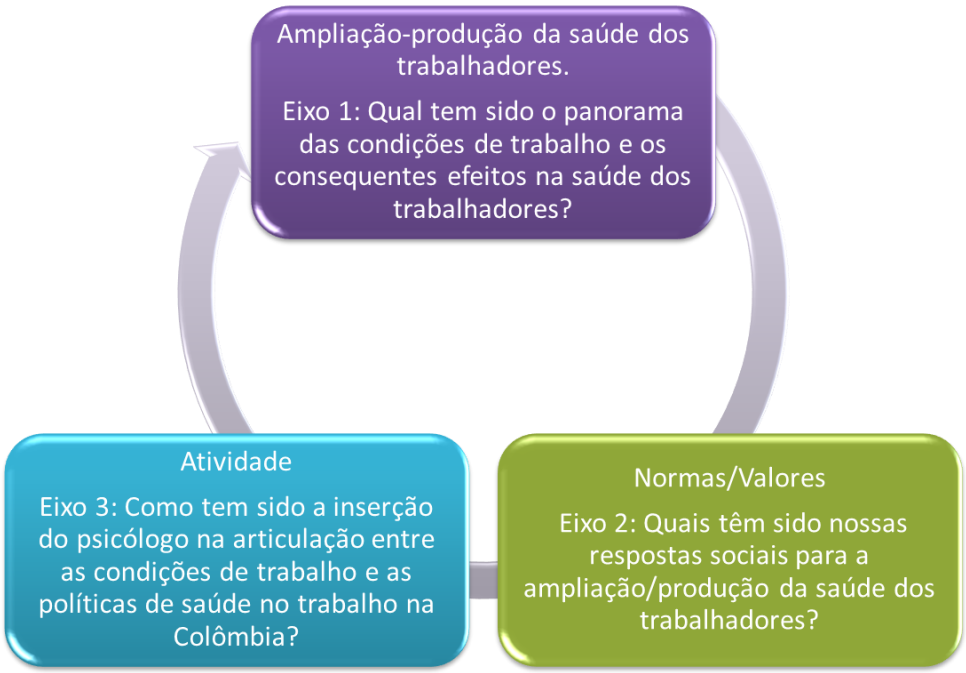
Eixo 1: Qual tem sido o panorama das condições de trabalho e os consequentes efeitos na saúde dos trabalhadores?

Eixo 2. Quais têm sido nossas respostas sociais para a ampliação/produção da saúde dos trabalhadores?

Eixo 3: Como tem sido a inserção do psicólogo na articulação entre as condições de trabalho e as políticas de saúde no trabalho na Colômbia?

Neste sentido, identificamos em cada um destes três eixos problemáticos os aspetos principais que fundamentam esta pesquisa: a ampliação-produção da saúde, as normas-valores e a atividade. (ver gráfico 1). Estes dispositivos nos ajudam a pensar como os psicólogos podem estar contribuindo para criar transformações nas condições de trabalho, que propiciem a saúde dos trabalhadores; e os desafios que isto significa.

Gráfico 1- Eixos problemáticos que visam visibilizar os desafios dos psicólogos.



[8] Resolução 2646, de 2008.

1.2.1. EIXO 1: QUAL TEM SIDO O PANORAMA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO E OS CONSEQUENTES EFEITOS NA SAÚDE DOS TRABALHADORES?

Segundo a Primeira Enquete Nacional de Condições de Saúde e Trabalho no Sistema General de Riscos Profissionais (I ENCST) [9] - estudo feito em 2007 pelo Ministério da Proteção Social ao setor formal da economia -, trabalhadores e empregadores identificaram similares fatores de risco nos locais de trabalho; os mais reportados estavam relacionados com fatores ergonômicos - movimentos repetitivos de mãos ou braços (84,5%), posturas prolongadas (80,2%), posições que podem produzir dor o cansaço (72,5%) - e psicossociais[10] - atendimento de público (73%) e trabalho monótono (63,5%) -. (COLOMBIA, 2007).

Os fatores ergonómicos e psicossociais foram também os mais frequentemente relacionados com a ocorrência dos acidentes de trabalho. A prevalência de exposição aos fatores associados com acidentalidade foi relacionada a cansaço ou fatiga (14,9%), ritmo de trabalho muito acelerado (9.9%), esforços ou posturas forçadas (8.2%), tem que botar a produção por acima de tudo (7.7%), o trabalho obriga a realizar operações perigosas para a saúde (6.2%), os acesos ao local de trabalho estão em más condições (1.2%), as maquinas estão insuficientemente protegidas (1.0%), meios ou ferramentas inadequadas (0.9%), se trabalha sem a formação suficiente (0.5%) e falta de experiência no trabalho (0.4%).

Além do mais, dois de cada três trabalhadores disseram estar expostos a fatores psicossociais durante a última jornada laboral. O assédio moral nas suas diferentes facetas se reportou em proporções entre o 3% (assédio de subalternos a superiores) e 6% (assédio por parte de superiores).

Já na Segunda Enquête Nacional de Condições de Segurança e Saúde no Trabalho no Sistema General de Riscos Laborais da Colômbia (IIENCST) [11], realizada em 2013 pelo Ministério do

---

[9] *PRIMERA ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE SALUD Y TRABAJO EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES.* No Original.

[10] A resolução 2646 de 2008 define os fatores psicossociais – também encontrados na literatura como agentes ou condições psicossociais- como aqueles que compreendem os aspetos intralaborais; os extralaborais, ou externos à organização; e as condições individuais ou características intrínsecas do trabalhador; os quais em uma inter-relação dinâmica, mediante percepções e experiências, influem na saúde e o desempenho das pessoas. (capitulo II artigo 5). Note-se que esta lei é posterior à I ENCST.

[11] *II ENCUESTA NACIONAL DE CONDICIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EN EL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES EN COLOMBIA.* No Original.

Trabalho com a cooperação da Organização Ibero-americana de Seguridade Social OISS, e que incluiu trabalhadores dos setores da economia formal e informal, se concluiu que, "se bem é verdade, seguem se identificando como prioritários a presença dos riscos biomecânicos e psicossociais, se inverteu a ordem, identificando entre os sete primeiros: atendimento ao público[12], movimentos repetitivos, posturas mantidas, posturas que geram cansaço ou dor, trabalho monótono, variações nos requerimentos das tarefas, manipulação e levantamento de pesos" (COLOMBIA, 2013, p.30).

Porém, reconhecer a importância dos fatores psicossociais, não tem deixado do lado a atenção às condições que tem sido tradicionalmente mais abordadas na saúde dos trabalhadores – referimo-nos a fatores de risco laboral clássicos, como os físicos, mecânicos, químicos, etc.-, gerando também transformações nas leis referentes à segurança no trabalho, como é o caso da "resolução 1409 de 2012, que estabelece o regramento de segurança para proteção contra quedas em trabalho em alturas" [13].

Contudo, esta ampla legislação, (que parece ter um olhar holístico do trabalhador compreendendo sua dimensão biológica, psicológica e social), junto com os recursos técnicos, como guias, por exemplo, as GATISO[14] e os protocolos para a promoção da saúde e prevenção de acidentes e doenças nos trabalhadores, parecem não ser suficientes para na ampliação-produção de saúde dos mesmos. Segundo o Diagnostico Situacional em Segurança e a Saúde no Trabalho Colômbia[15], baseado nas informações da Federação de Asseguradores Colombianos (FASECOLDA), o número de diagnósticos e a taxa de EP (enfermidade profissional) tem aumentado, em particular a partir do ano 2005 (ISAT, 2011).

Além disso, parece que as respostas institucionais diante as ocorrências no trabalho não são eficazes se se coloca em análise os dados deste mesmo estudo: A Colômbia no ano 2010 tinha 45.508.206 habitantes (segundo as projeções do DANE até fevereiro de 2015 contava com

---

[12] Característica relacionada com risco psicossocial nos locais de trabalho, segundo a IENCST.

[13] *Resolución 1409 de 2012, por el cual se establece el reglamento de seguridad para protección contra caídas en trabajo en alturas.* No original.

[14] *Guías de Atención Integral de Salud Ocupacional Basadas en la Evidencia (GATISO).* No Original. Estas guías se encontram disponíveis em http://fondoriesgoslaborales.gov.co/seccion/publicaciones/guias.html

[15] *Diagnostico Situacional en Seguridad y la Salud en el Trabajo.* No Original.

48.001.286 habitantes[16]). Para o trimestre de Novembro de 2009 a Janeiro de 2010, tinha uma população em idade de trabalhar (PET) de 34,4 milhões de pessoas (taxa nacional de 78,2%); uma população economicamente ativa (PEA) de 21,5 milhões de pessoas; e uma população ocupada (PO) de 18,8 milhões de pessoas, das quais o 64% não possuía seguro contra os riscos do trabalho, já que se encontravam afiliados ao Sistema Geral de Riscos Profissionais só 6,7 milhões de trabalhadores[17].

O dito incremento nas doenças profissionais é identificado na IIENCST, aonde "os empregadores reportaram 23.878 casos, nos que se reconheceu doença do trabalho, que geraram 12.759 casos de incapacidade permanente parcial (IPP); 33 casos de Invalidez e 39 mortes. Evidenciando-se um aumento importante frente aos 196 casos registrados na IENCST" (COLOMBIA, 2013). Dados que são reconhecidos nesta enquete como uma manifestação da subnotificação e das campanhas que se tem gerado para fazer frente a esta situação.

Por sua vez, o Ministério de Trabalho, registrou que na Colômbia, as mortes decorrentes de acidentes de trabalho, foram de 375 pessoas no ano 2011, em 2012 de 528 e em 2013 pereceram 755 trabalhadores. Para 2013, o número de trabalhadores afiliados ao Sistema General de Riscos Laborais foi de 8.475.437; dos quais o 3% eram trabalhadores independentes. A média de acidentes de trabalho foi de 62 cada hora, quer dizer, 1.487 diários, o que significa 543.079 acidentes ligados ao trabalho, alias os comunicados foram 656.817. Enquanto às doenças do trabalho no ano 2013, de 21.349 doenças comunicadas, 10.246 doenças foram relacionadas ao trabalho, quer dizer, que ao finalizar o ano, mais da metade estavam ainda em processo para a determinação de nexo causal. [18] Vale a pena destacar que estes dados são referentes aos trabalhadores formais, que em 2013 eram cerca de 8 milhões e meio de colombianos; o que indica, que a maior proporção da população ocupada se encontra na economia informal – o critério para considerar que um trabalhador faz parte da

[16] Dado obtido no site do Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) http://www.dane.gov.co/

[17] Em 2012 este Sistema é chamado de Sistema Geral de Riscos Laborais na promulgação da lei 1562. Para conhecer como opera, sugerimos ver tópico 1.2.2.

[18] Dados no site do Ministério do trabalho: http://www.mintrabajo.gov.co/febrero-2014/3065-la-proteccion-en-riesgos-laborales-mas-que-una-obligacion-una-necesidad.html

economia informal, é a não afiliação ao Sistema General de Seguridade Social[19]-.

No entanto, este cenário, que relaciona o trabalho com agravos à saúde e até com a morte, faz parte da experiência de muitos trabalhadores, que às vezes, nem aparecem nas estatísticas, seja porque fazem parte da força trabalhadora informal que não está incluída no Sistema Geral de Riscos Laborais, seja porque empregadores e/ou trabalhadores não têm comunicado os fatos.

Esta situação "estatística" poderia ser alimentada com outros estudos ao respeito, mas além dos números, inquieta-nos olhar o que se tem feito diante de condições de trabalho que potencializam o adoecimento dos trabalhadores; quais têm sido as respostas sociais que nós institucionalizamos?

1.2.2. **EIXO 2: QUAIS TÊM SIDO NOSSAS RESPOSTAS SOCIAIS PARA A AMPLIAÇÃO-PRODUÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES?**

As respostas que a Colômbia tem instituído para a abordagem da saúde dos trabalhadores tem sua origem no atual Sistema de Seguridade Social Integral, que foi regulamentado pela lei 100 de 1993, e se compõe de quatro linhas: Sistema Geral de Pensões, Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde, Sistema Geral de Riscos Laborais e Serviços Sociais Complementários.

O Primeiro sistema, o Sistema Geral de Pensões visa garantir os auxílios econômicos por velhice, invalidez e morte; e é administrado por instituições privadas nomeadas como Administradoras de Fundo de Pensões (AFP). Os trabalhadores podem se afiliar à administradora de sua preferência. Os aportes ao sistema se fazem por 16% do salário, 4% por conta do trabalhador e 12% por conta do empregador.

O segundo sistema, o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), tem uma ampla participação do setor privado com as Entidades Promotoras de Saúde (EPS), que têm caráter administrativo e assegurador e devem garantir os serviços assistenciais e indenizações estabelecidas no Plano Obrigatório de Saúde (POS), através das suas correspondentes Instituições Prestadoras de Saúde (IPS). Os trabalhadores se podem afiliar à EPS de sua

[19] Ver tópico 1.2.2.

preferencia. A afiliação ao sistema se pode fazer de duas maneiras, pelo regime contributivo, quem tem capacidade de pagamento, neste caso, o aporte se faz pelo 12,5% do salário, os empregados aportam o 4% e o empregador o 8,5%, mas os trabalhadores independentes assumem a totalidade do pagamento; ou pelo regime subsidiado, quem é considerado pobre e vulnerável, no caso, são os municípios que categorizam a população para receber subsídios totais ou parciais. Os dois regimes têm benefícios econômicos no caso de incapacidade por doença ou licença de maternidade. O SGSSS atualmente se encontra em processo de reforma mediante o projeto de lei 210 de 2013.

Por outra parte, o terceiro sistema, o Sistema Geral de Riscos Laborais, segundo a lei 1562 de 2012, se define como:

> "O conjunto de entidades públicas e privadas, normas e procedimentos, destinados a prevenir, proteger e atender aos trabalhadores dos efeitos das doenças e os acidentes que possam acontecer-lhes com ocasião ou como consequência do trabalho que desenvolvem. As disposições vigentes de saúde ocupacional (segurança e saúde no trabalho) relacionadas com a prevenção dos acidentes de trabalho e doenças laborais e o melhoramento das condições fazem parte integrante do Sistema Geral de Riscos Laborais".

No entanto, todo trabalhador tem a obrigação de se afiliar a uma Administradora de Riscos Laborais (ARL), entidade asseguradora de caráter privado, que tem a responsabilidade de pagar às EPS o valor das prestações assistenciais e económicas dos acidentes e doenças com nexo da causalidade no trabalho. Os aportes são feitos em sua totalidade pelo empregador por ser ele quem coloca os riscos para o trabalhador. O critério para a cotização é segundo a classe de risco (I, II, III, IV ou V) ao que está exposto o trabalhador (Decreto Lei 1295 de 1994), baseado na tabela de classificação da atividade econômica da empresa (Decreto 1607 de 2002), os percentuais de cotização para cada classe de risco (Decreto 1772 de 1994) e as disposições de cotização (artigo 6º da lei 1562 de 2012).

No quarto e último sistema, Serviços Sociais Complementares, se pretende prover subsídios aos idosos em condição de rua e dar passo à criação de planos para subsídios ao desemprego.

Além do mais, na descrição muito simples do Sistema de Seguridade Social Integral, é preciso dizer que o Estado é o responsável pela direção, coordenação e controle do mesmo através de diversos órgãos, como o Ministério da Saúde e da Proteção Social e o Ministério do Trabalho.

Para efeitos do nosso objeto de estúdio aprofundaremos no terceiro sistema, o Sistema Geral

de Riscos Laborais, que é a resposta pontual da Colômbia, diante das condições de trabalho que interferem na saúde dos trabalhadores. Esta resposta esta fundamentada desde a área da saúde ocupacional, hoje conhecida como "Segurança e Saúde no trabalho", devido à reforma ao Sistema Geral de Riscos Laborais, mediante a lei 1562 de 2012, onde é definida como:

> Aquela disciplina que trata da prevenção das lesões e doenças causadas pelas condições do trabalho, e da proteção e promoção da saúde dos trabalhadores. Tem por objetivo melhorar as condições e o meio ambiente do trabalho, assim como a saúde no trabalho, que acarreta a promoção e a manutenção do bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as ocupações. (pag1).

Para cumprir com este objetivo da Segurança e Saúde no trabalho, se estabeleceu na mesma lei o Sistema de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho (SG-SST), antes conhecido como Programa de Saúde Ocupacional, o qual consiste:

> No desenvolvimento de um processo lógico e por etapas, baseado na melhora continua e que inclui a política, a organização, o planejamento, a aplicação, a avaliação, a auditoria e as ações de melhora com o objetivo de antecipar, reconhecer, avaliar e controlar os riscos que possam afetar a segurança e saúde no trabalho[20].

Este modelo nos instiga algumas questões que serão discutidas mais à frente, respeitando, por agora, nosso objetivo de mergulhar nas políticas de saúde do trabalhador; além, porque acreditamos que é importante reconhecer os avanços que a história recente da legislação colombiana tem tido no que se refere à interseção trabalho-saúde-psicologia, de onde surgem os riscos psicossociais, definidos até o ano 2008, mas já mencionados nos anos 80's:

ANO	**NOME**[21]	**OBJETIVO**
1984	Decreto 614 de Marzo 14 de 1984, por el cual se determinan las bases para la organización y administración de Salud Ocupacional en el país.	Adotou-se dentro do objeto da saúde ocupacional proteger à pessoa contra os riscos relacionados com agentes psicossociais, derivados da organização laboral que possam afetar a saúde individual e coletiva nos locais de trabalho.

[20] *Decreto 1443 de 31 de Julio de 2014, por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).* No original.

[21] No Original.

1989	Resolución 1016 de Marzo 31 de 1989, por la cual se reglamenta la organización, funcionamiento y forma de los Programas de Salud Ocupacional que deben desarrollar los patronos o empleadores en el país.	Sancionou-se que dentro das atividades dos subprogramas de Medicina Preventiva e do Trabalho se deviam realizar programas para prevenir e controlar as doenças geradas pelos riscos psicossociais.
1994	Decreto Ley 1295 de Junio 22 de 1994, por el cual se determina la organización y administración del Sistema General de Riesgos Profesionales.	Faz parte do objetivo do Sistema Geral de Riscos Profissionais a proteção da população trabalhadora dos riscos psicossociais.
	Decreto 1832 de agosto 03 de 1994, por el cual se adoptan la Tabla de Enfermedades Profesionales.	Reconhecem-se as patologias causadas por estresse no trabalho e os trabalhos com efeitos psicossociais na tabela de doenças profissionais.
2004[22]*	Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés. Ministerio de la Protección Social.	Gerou-se o protocolo para a determinação de origem das patologias derivadas do estresse.

[22] Os items marcados com * não fazem parte da hierarquida da normatividade colombiana, mas constituem ferramentas importantes do Ministerio da Proteção Social, que visam subsidiar as questões relacionadas aos fatores psicossociais.

2006	Ley 1010 de Enero 23 de 2006, por medio de la cual se adoptan medidas para prevenir, corregir y sancionar el acoso laboral y otros hostigamientos en el marco de las relaciones de trabajo.	Definem-se as disposições legais para fazer frente ao assédio moral.
2008	Resolución 2646 de Julio 17 de 2008[23], por la cual se establecen disposiciones y se definen responsabilidades para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de la exposición a factores de riesgo psicosocial en el trabajo y para la determinación del origen de las patologías causadas por el estrés ocupacional.	Surgiu a norma regulamentadora de fatores de risco psicossocial, que definiu este conceito, assim como as responsabilidades dos empregadores neste tema.
2010*	Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo	Publicou-se a Bateria de instrumentos para a avaliação de fatores de risco psicossocial, do Ministério da Proteção Social[24].

[23] Esta norma indica o psicólogo especialista em saúde ocupacional, como o profissional competente para a avaliação dos fatores psicossociais. No entanto, viabiliza a inserção do psicólogo dentro das empresas para subsidiar a saúde dos trabalhadores sob os critérios da saúde ocupacional. A atuação dos psicólogos também involucra as ações em programas de vigilância epidemiológica em risco psicossocial, quando os trabalhadores se encontram expostos a fatores psicossociais nocivos avaliados como de alto risco, o que estão causando efeitos negativos na saúde, no bem-estar, ou no trabalho.

[24] Esta ferramenta é de acesso gratuito e se encontra disponível no site http://fondoriesgoslaborales.gov.co/Noticias/Noticia.aspx?IdNoticia=154

	psicosocial.	
2012	Resolución 652 de abril 30 de 2012, por la cual se establece la conformación y funcionamiento del Comité de Convivencia Laboral en entidades públicas y empresas privadas y se dictan otras disposiciones.	Estabeleceu-se a conformação dos comitês de convivência laboral.
2012	Ley 1562 de 11 de Julio de 2012, por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.	Significou a inclusão de bem-estar mental nos objetivos da Segurança e Saúde no Trabalho, e de perturbação psiquiátrica na definição de acidente de trabalho.
2014	Decreto 1443 de 31 de Julio de 2014, por el cual se dictan disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)	Menciona as condições psicológicas como constituintes das condições de saúde que determinam o perfil sócio demográfico e de mobilidade da população trabalhadora; considera a influencia dos fatores psicossociais na geração de riscos para a segurança e saúde dos trabalhadores; e, planteia o uso de metodologias adicionais à sistêmica, para a avaliação dos riscos, incluídos os de origem psicossocial.

Este percurso legislativo foi e continua sendo influenciado por políticas internacionais, lembrando que a Colômbia é membro da Comunidade Andina de Nações (CAN) e da Organização Internacional do Trabalho (OIT) -com a qual o país tem ratificado 60 convênios;

o mais recente foi ratificado em 28 de janeiro de 2005 sobre as piores formas de trabalho infantil- [25]; assim como da Organização Iberoamericana da Seguridade Social OISS – mediante convênios de cooperação técnica-. Isto reafirma que a questão saúde-trabalho perpassa o interesse nacional e é atravessada pelas transformações do trabalho no mundo.

Nesta trama toda, de políticas abrangentes e importantes para a saúde dos trabalhadores, se olham fios que desafiam a atividade dos psicólogos, quem se configuram como um dos atores que podem contribuir para levar a cabo as políticas e sua a efetividade no contemporâneo; isto se se leva a serio que os processos de participação e construção coletiva são determinantes na garantia do direito constitucional da saúde. Ao respeito, a Política Pública Nacional do Plano Nacional de Saúde Ocupacional 2008-2012 afirmou que:

> "A proteção da saúde no mundo do trabalho tem como objetivo convocar à sociedade em seu conjunto, para que de maneira permanente, através de processos de participação, construção coletiva, articulação, alianças estratégicas e sinergia de recursos, se conquistem para a população economicamente ativa do país, melhores condições em seus locais de trabalho como garantia de um direito constitucional, qualidade de vida e como aporte ao processo de paz" (COLOMBIA, 2009, p.13).

No entanto, nos inquieta saber, se estas políticas têm se efetivado em práticas que ampliam-produzem a saúde dos trabalhadores; e como se inseri o psicólogo naquilo.

1.2.3. EIXO 3: QUAL TEM SIDO A INSERÇÃO DO PSICOLOGO NA ARTICULAÇÃO ENTRE AS CONDIÇÕES DE TRABALHO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO TRABALHO?

Como se dissemos, a inserção do psicólogo, como ator importante para a política de saúde ocupacional, surge dentro da Resolução 2646 de Julho de 2008; que na prática propõe o uso de sistemas de vigilância epidemiológica, cujo objetivo principal é o controle dos riscos psicossociais, mediante três ações principais: avaliação, intervenção e monitoramento. Esta política favorece a atuação do psicólogo na área da saúde dentro das empresas, ao considerar o psicólogo especialista em saúde ocupacional como o profissional competente para avaliar os riscos psicossociais no trabalho.

[25] Os convênios estão divulgados no site da OIT
http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:11200:0::NO::P11200_COUNTRY_ID:102595

Porém, esta política em saúde para os trabalhadores, tem aberto a porta das empresas, para os psicólogos entrarem, já não somente para realizar processos de recrutamento, seleção e administração de pessoal, mas também para interferir nos processos de doença-saúde nos locais de trabalho. Deste modo, o psicólogo se constitui como mais um membro das esquipes interdisciplinares de saúde ocupacional - seja mediante vinculação direta com a empresa ou, como assessor externo-; que com seu olhar, entra a subsidiar a saúde dos trabalhadores, abordando questões da relação saúde-trabalho que são menos susceptíveis de ser medidas como acontecem com os riscos físicos, químicos, mecânicos, biomecânicos, etc; que dizer as questões chamadas como fatores psicossociais, que além do mais, consideram os riscos mencionados.

Nesta perspectiva, a legislação colombiana propõe avaliar os fatores de risco psicossociais com instrumentos ponderados no país; pelo que em Julho de 2010, o Ministério da Proteção Social, hoje Ministério da Saúde e Proteção Social, disponibilizou a bateria de instrumentos elaborada pela "Pontificia Universidad Javeriana – Subcentro de Seguridad Social y Riesgos Profesionales" para a avaliação de fatores de risco psicossocial (intralaboral e extralaboral), sendo hoje uma ferramenta usada nos sistemas de vigilância epidemiológica de fatores de risco psicossocial em muitas empresas colombianas.

Segundo a bateria de instrumentos para a avaliação de fatores de risco psicossocial (intralaboral e extralaboral) (2010), o alcance dela é avaliar os fatores de risco psicossociais, cuja identificação e avaliação mostram efeitos negativos na saúde dos trabalhadores ou no trabalho.

A bateria compreende a avaliação das **condições intralaborais** (demandas do trabalho, o controle, a liderança e as relações sociais e a recompensa); das **condiciones extralaborais** (tempo fora do trabalho, relações familiares, comunicação e relações interpessoais, situação económica do grupo familiar, características de moradia e de seu entorno, Influencia do entorno extra-laboral sobre o trabalho e deslocamento morada – trabalho – morada); e das **Condições individuais**, entendidas como as variáveis que podem modular os fatores de risco intra-laborales e extra-laborales (aspectos socio-demográficos e informação ocupacional - contratual).

Em quanto à intervenção[26] que supõe avaliação dos fatores de risco psicossociais, Villalobos

[26] A resolução 2646 de 2008, no capitulo III artigo 13, estabelece os critérios para ter em conta na intervenção

(2007), afirma que:

> "se prioriza segundo os níveis de risco obtidos, focalizando o reforço de aspetos positivos, quer dizer, de fatores protetores. Se for possível a intervenção se realiza paralelamente na fonte e nas pessoas com risco médio e alto, se não for possível intervir na fonte, se oferecem às pessoas ferramentas de enfrentamento a fim de mitigar o risco psicossocial. Quando se identificam efeitos negativos no trabalhador se dispõem ações de reabilitação. A recolocação do trabalhador sugere-se só para medições que se mantem em nível alto e não se pode intervir na fonte".

Finalmente a resolução 2646, no seu artigo 17 menciona a necessidade de realizar seguimento ao programa de vigilância epidemiológica de fatores de risco psicossocial, identificando os resultados logrados com as medidas de intervenção e planejando novas ações ou mecanismos para atender as necessidades prioritárias dos grupos.

Identificamos que esta nova inserção do psicólogo, para além de uma atuação ligada aos processos de recursos humanos, assim como a inclusão do tema dos fatores de riscos psicossociais nas políticas em saúde dos trabalhadores na Colômbia, constitui um avanço muito importante, que desafia tanto a profissão do psicólogo, quanto as instituições de trabalho, na concepção de uma visão mais integral e humana dos trabalhadores e uma maior compressão das interferências das políticas e demandas do capital nas nossas relações com o trabalho.

Esta questão foi mobilizada, em parte, pelas inquietações que trazia consigo a psicóloga pesquisadora da sua experiência singular na Colômbia, ao perceber em seu exercício profissional, uma fragilidade no diálogo entre os três eixos expostos, que restringia sua ação no cotidiano de trabalho e que foi produzindo nela tensões, às vezes angustiantes, mas também "desejantes". Implantou-se, então, o desejo de olhar possíveis, o que constitui um precedente importante desta pesquisa por nos introduzir nesta aposta.

Tais desejos encontraram acolhimento em muitos parceiros do PPGPSI, por isto nossa decisão de escrever a maior parte do texto em primeira pessoa do plural; porque muitos afetos entenderam estas inquietações e foram ampliando-as e transformando-as no percurso desta pesquisa, dando passagem á alegria do encontro, o encontro de si com/nos outros, que atribui

---

dos fatores psicossociais.

de novos sentidos a vida, em resposta a velhas angustias, possibilitando a criação de novas tensões.

CAPÍTULO II

2. INSPIRAÇÕES NO BRASIL: O ENCONTRO COM A SAÚDE DO TRABALHADOR E AS CLÍNICAS DO TRABALHO.

> *"Cuando un cuerpo "se encuentra con" otro cuerpo distinto, o una idea con otra distinta, sucede o bien que las dos relaciones se componen formando un todo más poderoso, o bien que una de éstas descompone la otra y destruye la cohesión de sus partes."*
>
> *Gilles Deleuze.*

Como uma experiência de uma vida singular [27] - que diz de uma vida não individualizadora, aliás, coletiva -, acontecida na Colômbia, pode ser atualizada no Brasil? Quais são esses arranjos que compõem o encontro entre algumas práticas e saberes na experiência colombiana e brasileira, que atravessam a vida, e também a produção desta pesquisa? Que encontro é esse?

Acreditamos que esses movimentos se passaram por um estranhamento que nos surpreendeu no encontro com as perspectivas da Saúde Ocupacional (SO), de Risco psicossocial, da Saúde do Trabalhador (ST) e das Clínicas do Trabalho - de inspiração francesa. Mesmo encontrando algumas distinções teóricas, práticas e políticas, próprias das particularidades da historia e cultura da Colômbia e do Brasil- contextos nos quais nos encontrávamos imersos e nos queríamos imergir-, identificamos que partilhamos uma existência atravessada pelo capital, é por isto que, apostamos em possíveis interfaces a partir das análises daqui suscitadas.

No entanto, a partir do deslocamento que significou nos encontrar com a experiência brasileira na interseção trabalho-saúde-psicologia, arriscamo-nos abordar a distinção que

[27] Ao respeito, Deleuze (2004), pautado em Barros de Barros, indica que "a vida de um indivíduo dá lugar a uma vida impessoal, contudo singular, que libera um acontecimento e se atualiza em sujeitos e objetos. Uma vida como 'hecceidade' que não é individualizadora, mas singularizante, por tanto, é pura imanência. Uma vida individual se apaga em favor de uma vida singular imanente a um sujeito que não tem mais nome e que, a pesar disso, não se confunde com nenhum outro" (DELEUZE, apud BARROS DE BARROS, 2012, p. 16).

identificamos entre a SO e a ST, procurando o diálogo com clínicas do trabalho; o que constitui a via para afirmar nosso posicionamento ético-político, o qual esta em sintonia com a postura de inspiração cartográfica.

2.1. DISPONDO O OLHAR: DESNATURALIZANDO A SAÚDE OCUPACIONAL (SO) NO ENCONTRO COM A SAÚDE DO TRABALHADOR (ST).

Pensar na saúde do trabalhador, principalmente significa nos remeter aos ambientes aonde os trabalhadores realizam suas atividades de trabalho; mais lembrando que, atualmente, nem todo trabalhador se encontra numa fábrica, diante uma linha de montagem, porque as transformações no mundo do trabalho sugerem o "declino de certas formas clássicas de trabalho" (SCHWARTZ, 2007), como o realizado sob a concepção taylorista; e a introdução de novos métodos[28] na organização do trabalho (DEJOURS, 2010); porém, tem gerado diversos modos de trabalhar, como por exemplo, se pode apreciar no setor serviços. Ali os ambientes de trabalho são dos mais diversos e, como em qualquer trabalho, são ultrapassados pela imprevisibilidade que desafia o tempo todo aos trabalhadores. É a rua o local de trabalho para muitos, como acontece no caso dos trabalhadores dos correios ou dos que transportam mercadorias e pessoas - vivas ou mortas-; dos que fazem visitas domiciliares ou comerciais, só por citar alguns exemplos, sem esquecer, que o mesmo acontece com os trabalhadores que, por conta do desemprego, fazem parte de economia informal[29] – como os vendedores de balas no ônibus -.

Estas mudanças no trabalho, que vão para além da ampliação da atividade fabril à atividade de serviços, indicam-nos as profundas transformações decorrentes da lógica da globalização econômica; entre elas, a precarização do trabalho, elemento que constitui as condições de trabalho no capitalismo contemporâneo- fenômeno amplamente discutido por vários

[28] Dejours caracteriza as mudanças introduzidas na organização do trabalho em três itens: privilégios sistematicamente aferidos aos critérios de gestão, em detrimento aos do trabalho; avaliação individualizada dos desempenhos e qualidade total.

[29] Levando em consideração que o objetivo da nossa pesquisa é a abordagem dos desafios dos psicólogos que atuam ao interior das empresas, não se aprofundara no trabalho informal, mas acreditamos que este campo constitui outra proposta interessante de pesquisa.

pesquisadores (GENNARI e ALBUQUERQUE, 2012, 2013; SOTELO, 1998; RAMIREZ e GUEVARA, 2006) -. No entanto, as complexas formas de trabalho que significam estas mudanças, colocam grandes desafios para a abordagem da saúde dos trabalhadores; contudo, identificamos a tendência de intervenções tradicionais que se reforçam de e para a economia capitalista, mesmo quando da saúde dos trabalhadores se trata.

Geralmente é em um estabelecimento, onde as ações de uma equipe interprofissional –quando existe esta equipe- são gestadas para "garantir" a saúde dos trabalhadores, atingir à produtividade e afastar à empresa das consequências econômicas adversas que supõem as doenças, os acidentes de trabalho e a contravenção das disposições legais dos órgãos de controle que fiscalizam a segurança e saúde nos locais de trabalho. Esta abordagem tem sido característica do modo de intervenção desde a SO, tanto na Colômbia, quanto no Brasil, mas temos encontrado na ST outras possibilidades; porém, seremos andarilhos nestes campos para melhor compreender como coexistem estas duas perspectivas e identificar quais possibilidades se traçam.

Para nos inserir na discussão da Saúde Ocupacional (SO), é preciso em primeiro momento, considerar a Medicina do trabalho (MT), por ter uma importante influencia na constituição desta disciplina. Vale a pena lembrar que MT foi norteada pelas disposições da Organização Internacional do Trabalho (OIT), e que, "enquanto especialidade médica surge na Inglaterra, na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial" (SCHILLING, apud MENDES e DIAS, 1991, p 341).

De forma geral, a demanda da MT se centrou na necessidade dos empregadores de ter trabalhadores saudáveis e consequentemente produtivos, o que levou à inserção dos médicos nas empresas. Mas os médicos sozinhos não conseguiram dar conta da saúde dos trabalhadores, por quê? Pela complexidade dos processos produtivos, sendo preciso olhar não só para o homem como sujeito que adoece, mas também para os fatores ambientais que afetam a saúde. Isto deu origem a equipes interdisciplinares, com enfoque na higiene industrial, fazendo confluir a saúde publica e a saúde ambiental dando origem à saúde ocupacional.

No entanto, a SO trouxe novos elementos em relação à MT, ao inserir a questão do ambiente na relação saúde-trabalho; categoria que não tinha sido considerada pela MT por ter sua centralidade na doença em si mesma. Para o médico do trabalho o objeto de intervenção era a doença. Com a SO e a atuação de profissionais como engenheiros industriais, se identifica as

condições ambientais são determinantes na saúde dos trabalhadores; porém, o objeto da SO o constituiu o ambiente, como o afirmou a OIT em 1985 ao definir os serviços de SO como:

> Serviços investidos de funções essencialmente preventivas e encarregados de assessorar o empregador, os trabalhadores e a seus representantes na empresa, sobre os requisitos para estabelecer e conservar um meio ambiente de trabalho seguro e saudável que favoreça uma saúde física e mental ótima em relação com o trabalho; assim como a adaptação do trabalho às capacidades dos trabalhadores, tendo em conta seu estado de saúde física e mental[30].

Neste sentido, a saúde ocupacional tem se ocupado pela gestão dos riscos nos locais do trabalho, o que significa a intervenção dos fatores que são potencialmente perigosos para a saúde - considerando a intensidade e tempo de exposição dos trabalhadores a estes- e que podem gerar doenças e causar acidentes. A Organização Internacional do Trabalho OIT definiu o risco como a "combinação da probabilidade de que ocorra um evento perigoso com a severidade das lesões ou dos danos causados por esse evento à saúde das pessoas". (FUNDACENTRO, 2005, p.41).

Embora, a SO tenha ampliado o olhar para os ambientes de trabalho, tendo como foco os riscos, esta não significou a superação da MT porque até hoje as duas perspectivas coexistem, partilhando práticas que visam intervir na relação saúde-trabalho.

Afirmamos como aporte importante da SO a inclusão do ambiente nesta relação, mas acreditamos que ainda hoje a SO enfrenta algumas limitações ao respeito da ampliação-produção de saúde dos trabalhadores ao priorizar praticas que são centradas exclusivamente no controle dos riscos ao interior das empresas; como por exemplo, ações ligadas aos exames médicos – item da medicina do trabalho, que interfere também nos processos de seleção e administração de pessoal-, aos TLV's[31]- objeto da higiene industrial- e aos EPIs[32]– tópico da segurança industrial-; por citar algumas linhas de intervenção da SO.

---

[30] Convenção 161. Disponível em http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C161,%2FDocument

[31] Segundo a American Conference of Industrial Hygienists (ACGIH) (organismo norteamericano de Higiene Industrial) o TLV (Threshold Limit Value) - Valor umbral limite - é a concentração máxima permitida para exposição de trabalhadores a sustâncias químicas.

[32] Equipamentos de Protecção Individual, em Brasil; na Colômbia, Elementos de Protección Personal EPPs.

Esta tradição metodológica da SO, que privilegia a intervenção dos riscos com ações que estabelecem padrões biológicos e comportamentais, e que parece estar mais adaptada aos interesses do capital, do que aos interesses dos trabalhadores, quando alguns especialistas prometem garantir a saúde para fines de produtividade e competitividade empresa no mercado; vem sendo superada no Brasil, desde a perspectiva da Saúde do Trabalhador (ST); que surge acolhendo os aportes e superando os limites da SO marcados pelo controle dos riscos à saúde e noção de causalidade:

> "O discurso da saúde do trabalhador emerge, do ponto de vista acadêmico, politico e institucional na saúde coletiva, em contraposição à base conceitual e pratica das concepções hegemônicas sobre a relação saúde-trabalho da medicina do trabalho (MT) e da saúde ocupacional (SO). Como parte integrante do campo da saúde coletiva, propõe-se ultrapassar as articulações simplificadas e reducionistas entre a causa e efeito de ambas concepções que são sustentadas por uma visão monocausal, entre a doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de risco (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho" (MENDES e DIAS, 1991; LACAZ, 1996 apud MINAYO, 2011, p. 9).

Neste sentido, encontramos na ST uma possibilidade para ampliar ainda mais nosso olhar para além da doença e do ambiente, a fim de superar as limitações da MT e a SO. Levando em consideração as características diferenciadoras da ST, poderemos compreender o aporte deste campo e os desafios que nos convoca na abordagem da relação saúde-trabalho. Ao respeito, Nardi (1997) afirma que:

> "A característica que diferencia a Saúde do Trabalhador, em seu modelo teórico, é a afirmação do trabalhador como sujeito ativo do processo de saúde-doença (incluindo aí a participação efetiva nas ações de saúde) e, não simplesmente, como objeto da atenção à saúde, tal como é tomado pela Saúde Ocupacional e pela Medicina do Trabalho. Além desse fato, trata-se da construção de um saber e de uma prática interdisciplinares que se diferenciem da má ação centrada no conhecimento médico e nos saberes divididos em compartimentos (Engenharia, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social, etc.) na forma de uma equipe de técnicos das várias profissões que não estabelece uma interlocução como, tradicionalmente, tem-se dado na Medicina do Trabalho e na Saúde Ocupacional, respectivamente" (NARDI, 1997, p. 2).

De tal maneira, entendemos que o campo da ST, surge na necessidade de subsidiar outra abordagem da relação saúde-trabalho, levando a sério o papel fundamental da subjetividade nos processos saúde-doença no trabalho, o que supõe a compreensão do trabalhador como um

sujeito capaz de gerir e transformar o trabalho; e da saúde, como direito de sujeitos políticos e possuidores de um saber, para além da concepção de fatores mono ou multicausais de doenças a ser controlados com a inserção das tecnologias e *especialismos*[33]. Mas como surge a discussão da ST?

Segundo Minayo (2011), o campo da saúde do trabalhador no Brasil, surge na conjuntura política de organização e de lutas pela redemocratização do país, sobretudo a partir da década de 1980. Como antecedentes que influenciaram este campo menciona:

Antecedentes	**Contribuições**
O avanço da produção acadêmica em setores da medicina preventiva e social e da saúde pública, apoiada na medicina social latino-americana.	Ampliou o quadro interpretativo do processo saúde-doença, incluindo-se aí a dimensão de 'classe' e a categoria 'trabalho' entre os determinantes sociais.
O movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, inspirado em varias iniciativas mundiais voltadas para a universalização e a promoção da saúde; destacando a experiência italiana.	A institucionalização da área da saúde do trabalhador.
O fortalecimento do movimento dos trabalhadores pela conquista de direitos elementares de cidadania e pela consolidação do direito à livre organização; destacando o papel do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat).	Promoveu a ampliação das reinvindicações trabalhistas, introduzindo nelas questões relacionadas com à saúde e, mais ainda, demandando serviços de atenção à saúde na rede pública.

[33] Entendidos como "práticas que autorizam o saber sobre o que é melhor o pior para o outro, qual a sua verdade, invalidando o saber/fazer desse outro e produzindo, com isso, separações hierárquicas entre os diferentes saberes disciplinares e/ou os saberes da experiência" (BARROS, 2012 p. 33).

A realização e resoluções da I Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores.	O entendimento e a definição das competências do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à saúde do trabalhador, na Lei Orgânica de Saúde.
A criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) e Centros de Referencia de Saúde do Trabalhador (CERESTs) com participação alguns dos representantes dos trabalhadores.	Formulação e no desenvolvimento das ações, seguindo o curso mundial de construir, de forma participativa, serviços de saúde no trabalho como política pública, em consonância com a posição da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (LACAZ, apud MINAYO, 2011, p. 5).

Considerando a origem social desde campo, a ST é compreendida, como uma aposta política, onde prevalece a saúde – garantida como direito constitucional-, sobre o controle dos riscos; a organização do trabalho, sobre os atos inseguros; o saber do trabalhador, sobre a educação do trabalhador; a transformação, sobre a sujeição; o coletivo, sobre o individual; o cuidado pela vida, sobre o trabalho perigoso; e a efetivação das políticas públicas para a saúde dos trabalhadores (formais e informais), sobre a produção de NRs- Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho. Aposta que se pode evidenciar na própria finalidade da ST:

> O objeto da saúde do trabalhador pode ser definido como o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho. Representa um esforço de compreensão deste processo - como e porque ocorre - e do desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação em direção à apropriação pelos trabalhadores, da dimensão humana do trabalho, numa perspectiva teleológica. (MENDES e DIAS, 1991,p. 347).

No entanto identificamos três diferenças principais entre a SO e a ST. Primeiro: enquanto para a SO é determinante a noção de risco que direciona a suas ações; para a ST, as praticas se dão entorno ao processo do trabalho, mas "incorporando a experiência/subjetividade do trabalhador, por meio de sua participação em pesquisas e ações" (BRITO, 2004, p.92). Segundo: a primeira diferença sugere que os trabalhadores, como protagonistas na relação saúde-trabalho, não são vistos pela ST como sujeitos vulneráveis a doenças causadas por

fatores de risco, mas como coletivos cuja ingerência é determinante na própria saúde. Em consequência, a terceira diferencia a encontramos na concepção de saúde, sendo que para a ST, é entendida para além da noção de causalidade e a prevenção dos riscos, mas como um direito fundamental que deve ser garantido pelo Estado – a ST é incluída na Constituição de 1988 da República Federativa do Brasil e no art. 6 da Lei Orgânica de Saúde do Brasil Nº 8.080 de 1990, que constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

Além do mais, a discussão de ST é mais abrangente do que o enfoque da SO, porque a primeira supera os acordos contratuais, como é apresentado por Vasconcellos, (2007):

> A saúde ocupacional não transcende o direito trabalhista porquanto a este é subordinado. A saúde do trabalhador, por seu turno, transcende o direito trabalhista, previdenciário e os demais direitos limitantes por efeitos específicos de contratos. A ST invoca o direito à saúde no seu espectro irrestrito da cidadania plena, típica dos direitos civis, econômicos, sociais e humanos fundamentais, a que os demais "direitos" estão subordinados. A saúde do trabalhador arvora a si, desse modo, a égide sobre as relações saúde-trabalho no Estado democrático de direito. Para essa missão a ST é ungida pela Constituição Federal/88 ao insinuá-la no SUS, a que o aparelho de Estado brasileiro destina a atribuição de garantir o dever do Estado ao direito à saúde. (pag. 162)

No entanto, as perspectivas aqui esboçadas: a Medicina do Trabalho, a Saúde Ocupacional e a Saúde do Trabalhador; com seus respetivos objetos de intervenção: doença, ambiente e processos de trabalho, nos insinuam que como psicólogos estamos chamados a dialogar com a política, entendida como elemento que constitui e atravessa a vida. Este convite nos instiga afirmar um posicionamento ético-político diante a relação saúde-trabalho. Assim, acreditamos que nossa militância esta direcionada para uma aposta que leva em consideração, não só as transformações no trabalho moduladas pelo capital; e as técnicas que visam melhorar as condições de trabalho e saúde; mas também, a experiência do trabalhador, para além do conceito técnico dos especialistas. Neste sentido, encontramos afinidade com a proposta da ST. Mesmo que na Colômbia a relação saúde-trabalho seja compreendida, em muitos casos, desde a SO, consideramos que, olhar para a ST – reconhecendo as singularidades nas conjunturas políticas que marcam as historia do Brasil e a Colômbia-, constitui uma alternativa na abordagem da relação saúde-trabalho. No entanto, e considerando que estas perspectivas coexistem no contemporâneo, acreditamos que elas nos desafiam articula-las, apropriá-las, transformá-las, rejeitá-las, muda-las, amplia-las e/ou reinventa-las, visando à efetivação de uma política de saúde dos trabalhadores.

2.2.AGENCIANDO O OLHAR: O ENCONTRO COM AS CLÍNICAS DO TRABALHO.

Se a atuação do psicólogo esta em estreita relação com as políticas nas que ele se encontra imerso, quais são as correntes teóricas que sustentam ou fortalecem uma política de saúde do trabalhador desde a psicologia? Uma possível resposta encontra-se nas Clínicas do Trabalho.

As clínicas do trabalho tem sua gênese na França, no campo da Psicologia organizacional e do Trabalho (POT),

> "Entre seus traços fundamentais, as clínicas do trabalho defendem a centralidade psíquica e social deste último, vendo o trabalho como uma atividade material e simbólica constitutiva do laço social e da vida subjetiva. Elas atribuem grande importância às situações concretas de trabalho, valorizando um questionamento sobre as demandas colocadas pelo mundo do trabalho aos psicólogos e também sobre o uso dos dispositivos propostos quando da análise, pesquisa e intervenção naquelas situações. Partilham a convicção de que as práticas de pesquisa devem ser engajadas, e não simples expedientes de coleta de dados, muitas vezes sem a devida ressonância no trabalho realizado pelas pessoas. Atentas ao traumático no trabalho, suas investigações se destinam a compreender as origens e as manifestações do sofrimento, como também a compreender e subsidiar os processos de resistência e de superação por parte dos coletivos de trabalho". (BENDASSOLLI et al., 2011a, p.17).

Segundo Bendassolli et al. (2011a), são quatro as correntes das clínicas do trabalho, que com suas particularidades epistemológicas, teóricas e metodológicas, pretendem abordar a situação de trabalho, levando em consideração, a relação entre sujeito, trabalho e meio; estas são: a psicodinâmica do trabalho, a clínica da atividade, a psicossociologia e a ergologia.

Acreditamos que encontramos fortes confluências entre a perspectiva da ST e as clínicas do trabalho; as quais compartilham entre si premissas referentes ao entendimento do trabalho, do sujeito, sua ação e sofrimento (BENDASSOLLI; SOBOL, 2011b). Razão pela qual, mergulharemos nestas perspectivas teórico-metodológicas – especialmente na ergologia[34], no diálogo com a atividade dos psicólogos colombianos; não sem antes conhecer os conceitos-chaves que sustentam nosso posicionamento e facilitam nossa imersão nas análises suscitadas arredor da atividade de trabalho.

[34] "A ergologia conforma o projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho, para transformá-las" (SCHWART, 2007, p. 25).

Entendemos a atividade humana, e, por conseguinte, a atividade de trabalho, a partir de quatro características, que a sua vez se constituem em proposições ergológicas SCHWARTZ (2007)[35]: ***a distancia entre o prescrito e o real***, ***o conteúdo da distância é sempre ressingularizado***; ***a distância remete à atividade do corpo-si****; e* ***a distância remete a um debate sobre os valores.***

Antes de desenvolver melhor cada uma destas proposições, é bom lembrar que elas foram afirmadas pela ergologia ao analisar situações de trabalho que operavam sob o esquema taylorista, onde se distinguiram dos conceitos tratados pela ergonomia: o de trabalho prescrito – o trabalho que era preconcebido em função da racionalidade e eficácia – e, o trabalho real - o que operador realmente fazia no seu local de trabalho-. Observar as defasagens entre o que era proposto pela organização do trabalho e o que era realizado pelos trabalhadores, evidenciou que não existe uma única maneira de fazer o trabalho, e em consequência, ele é mais complexo do que se pensa. Isto deu lugar a generalizar estas quatro características da atividade de trabalho.

A primeira característica nos indica uma distinção entre prescrito e real; o prescrito faz referência às normas que antecedem à atividade; e o real, diz respeito ao encontro destas normas com as conjunturas concretas. Que dizer que "a situação real é sempre diferente daquilo que foi antecipado pelo prescrito" (DURAFFOURG, 2007, p. 68).

A atividade de trabalho não significa a simples execução do que foi prescrito. Porque? Porque reconhecemos que existe uma distância entre o prescrito e o real; mas poderíamos nos perguntar também, porque existe esta distância? Porque *a vida ultrapassa* (Duraffourg, 2007) o que antecedemos dela. Em outras palavras, isto significa que o que planejamos enfrenta sempre uma defasagem no encontro com o real. Para colocar um simples exemplo cotidiano, quem pode dizer que durante um dia qualquer não conseguiu executar ao pé da letra o que planejou antes de cair de casa? Porque a atividade de trabalho seria a exceção? "Qualquer que seja a situação, entre o trabalho que a gente pensa antes de executá-lo –que a gente mesmo pensa, mas frequentemente que os outros pensam em nosso lugar- e a realidade deste trabalho, haverá sempre uma distância" (SCHWARTZ, 2007, p. 42).

A segunda característica sugere que cada vida singular interfere de maneira particular na

[35] Para SCHWART (2007) as quatro proposições ergológicas da atividade humana, foram reveladas pelos limites do taylorismo.

situação real. Cada ser humano conta com uma historia particular - caraterísticas psíquicas, físicas, culturais, etc.-, que mediam suas ações no trabalho. Porém, cada agir tem suas particularidades alimentadas por condições de trabalho também especificas. Não podemos esperar que as defasagens entre prescrito e real, sejam geridas do mesmo jeito por todos os trabalhadores.

A terceira característica assinala a ingerência de um tipo de racionalização, de arbitragem que nem sempre é consciente, mas que se mobiliza procurando dar uma resposta eficaz às demandas do meio. Poderíamos dizer que estamo-nos referendo à subjetividade, mas Schwartz (2007) chama a esta entidade corpo-si ou si-corpo; algo que "é tudo ao mesmo tempo", que esta atravessada pelo biológico e o cultural, e que faz escolhas tanto conscientes quanto inconscientes.

A quarta e última característica, indica que na atividade, as escolhas se fazem em função de critérios, quer dizer, de valores. Em ergologia, o movimento que determina os critérios, e por sua vez as escolhas, é conhecido como debate de normas e valores. Estes debates são dirigidos a si mesmo e aos outros. A distinção prescrito-real nos convida a gerir estas diferencias entre o que se demanda de nos e o que acontece nas situações concretas de trabalho; é então, quando a atividade de trabalho se efetua. O que isto quer dizer? Quer dizer, desde esta perspectiva ergológica que "trabalhar é gerir" (SCHWARTZ, 1988a).

Assim, reconhecemos que nas situações da humanas de trabalho, existe uma distância entre o prescrito e o real. Tal distância guarda suas particularidades levando em consideração as singularidades dos trabalhadores, os quais são mobilizados pelo corpo-si para fazerem escolhas, que, por sua vez, são definidas em meio a um debate de normas e valores. A interpelação destes aspectos da atividade de trabalho significam elementos mais amplos a ser discutidos.

Contudo, para ter uma maior compreensão do que significa trabalhar, precisamos olhar para além da diferencia entre o prescrito e o real; considerando sempre duas dimensões, uma de protocolo e outra de encontro; chamadas por Schwartz (2007) de registro Um (R1) e registro Dois (R2) respetivamente.

O R1 pode ser chamado de normas antecedentes, e faz referência ao que existe antes da atividade e supõe norteá-la. A capacidade de neutralização do tempo deste registro permite a antecipação; quer dizer, o que se tem predeterminado a nível social, técnico, científico, legal,

etc. Mas, como o meio da atividade é variável, sendo que nunca nos encontramos em uma situação totalmente padronizável, e que, não seria possível a vida desde a sujeição aos protocolos, se entendemos que "atividade é vida" (SCHWARTZ, 2007, p. 95); então, esta situação dá passo ao R2, que em sua capacidade de desneutralização do tempo; de historicidade, remete à ressingularização das normas antecedentes; quer dizer, possibilita "encontros de encontros" (SCHWARTZ, 2007, p. 96).

Então, nos aproximar a um entendimento do trabalho, sugere considerar as dialéticas entre as dimensões de antecipação e encontro da atividade, que se dão na imprevisibilidade e dinamismo do meio; quer dizer, em um meio que é infiel. Esta infidelidade do meio se refere à historia e devir deste, que fazem possível os acontecimentos (CANGUILHEM, 2009). É em um meio infiel que o trabalhador confronta o que foi antecipado. Em outras palavras, "trabalhar será sempre questão de confrontação da inteligência humana às incertezas do momento presente. E a única questão para ação é aquela dos meios (materiais, de formação etc.) necessários para esta confrontação" (DURAFFOURG, 2007, p. 69).

Gerir esta confrontação do antecipado no encontro com a situação concreta de trabalho significa fazer escolhas, porque "toda atividade (e em particular, poderosamente, toda atividade de trabalho, pois ela tem normas muito fortes) é sempre um debate de normas, que faz referência aos valores" (SCHWARTZ, 2007, p. 98). Isto indica que os registros de antecipação e encontro que compõem a atividade de trabalho, estão atravessados por uma dimensão axiológica.

Este componente axiológico que mediam o agir dos trabalhadores em um meio infiel, nos dizem ao respeito de uma dramática, no sentido que o trabalhador se debate entre os valores que mediam suas escolhas. O fato de fazer o deixar de fazer algo no trabalho passa, antes de tudo, por um debate valores. O trabalhador atribui um grau de valor as alternativas que antecipa para agir, mas mesmo perante de valores similares ou contraditórios deve haver uma escolha que visa orientar sua atividade para responder às demandas do meio infiel. Eis aqui a complexidade do trabalho afirmada pela dramática do uso de si. Ao respeito Schwartz (1998b) nos diz, "afirmar que a atividade de trabalho não é senão uma dramatique do uso de si significa ir de encontro à idéia de que o trabalho é, para a maioria dos trabalhadores, uma atividade simples de 'execução', que não envolve realmente sua pessoa" (p.139).

Mas o que significa esse uso de si? Schwartz (2007) nos fala da "dialética do uso de si, ou seja, a maneira singular pela qual os homens e as mulheres fazem uso deles próprios em

função deles próprios e daquilo que os outros lhes demandam". (SCHWARTZ, 2007 p. 70). Fazer uso de si, para si, é considerar características, crenças, valores, limites, potencialidades e interesses próprios; o que não supõe a exclusão dos interesses do coletivo, já que este uso de si também tem uma dimensão social, quando se faz uso de si, pelos outros.

Subsidiando-nos neste percurso conceitual, visamos superar na ergologia a lógica de redução e simplificação do trabalho[36], ao considerar que o entendimento de Schwartz (2007) sobre a atividade, nos dá importantíssimas provisões para percorrer este caminho.

Neste sentido, no nosso desejo de continuar compreendendo o trabalho, acreditamos que na clínica da atividade também encontramos valiosos subsídios; pelo que resgatamos o conceito do real da atividade (CLOT, 2010):

> […] O real da atividade é igualmente, o que não se faz, o que se tenta fazer sem ser bem-sucedido – o drama dos fracassos - o que se desejaria ou poderia ter feito e o que se pensa ser capaz de fazer noutro lugar. E convém acrescentar – paradoxo frequente – o que se faz para evitar fazer o que deve ser feito; o que deve ser refeito, assim como o que se tinha feito a contragosto. (p. 103).

Se na ergologia ampliamos o conceito do trabalho real tratado pelos ergónomos, para a atividade de trabalho; na clínica da atividade, o real da atividade considera que nessa confrontação com o real, o que se deixa de fazer também e é constituinte de atividade.

Além disto, nos identificamos com a concepção positiva do trabalho de Schwartz (2007) – ao considerar a atividade como vida; e ao trabalhador como um ser humano capaz de renormatizar e gerir seu trabalho para além das antecipações-; e acreditamos que nos podemos fortalecer na clínica da atividade quando ela propõe "partir do sujeito do *pathos* para o sujeito da ação[37], bem como partir de uma concepção de trabalho como fator de sofrimento, alienação e amputação do sujeito para uma concepção de trabalho[38] como atividade de

[36] Schwartz (2007, chamava a atenção que na "lógica de redução e de simplificação do trabalho que nos leva a reduzir o outro às instruções, às normas, ao que se demanda desse outro; não se vê toda a complexidade do que faz o outro para gerir todos os problemas, isto é, não se vê a atividade".

[37] Na perspectiva da clinica da atividade, o sujeito de ação é "alguém que cria um contexto para viver, que não se torna complacente e subordinado à realidade que lhe é dada ou à qual é lançado" (BENDASSOLLI, 2011c, p. 81).

[38] Na perspectiva da clinica da atividade o trabalho "é definido como atividade triplamente orientada: para o sujeito (alcance de seus próprios objetivos), para o objeto da atividade (ou o real da atividade) e para o outro (a atividade do outro, com a qual o sujeito tem de lidar para cumprir a sua própria). Na clínica da atividade, o

criação. Isso não significa, de modo algum, negar a existência do sofrimento no trabalho, especialmente considerando suas condições na atualidade." (BENDASSOLLI, 2011c, p. 91).

Nesta visão positiva do trabalho, nossa intenção não tem a pretensão de desconhecer os efeitos negativos do trabalho na vida dos homens, aliás, entendemos que nem sempre o trabalho é fonte de desenvolvimento humano, porque como analisaremos no percurso deste texto "o trabalho só produz saúde quando há atividade" (OSORIO, 2014, p. 4752). No entanto, nos interessa colocar em questão o trabalho, chamando a atenção na sua potência para produzir saúde.

Aliás, qual é nosso entendimento de saúde? Compreendemos que "a saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio […] Ao contrário, a característica da doença consiste em uma redução da margem de tolerância às infidelidades do meio [...]" (CANGUILHEM, 2009, p. 78). Isto significa que a saúde esta definida em função da capacidade do ser humano de enfrentar as situações, as quais escapam de normas fixas e desafiam o ser humano a criar novas formas de viver no meio. "Criar um contexto para viver: é nesta condição que a atividade e saúde são sinônimos" (CLOT, 2011, p.72).

Neste entendimento, a saúde supera sua tradicional concepção fisiológica. Assim, "longe de ser um dado natural, a saúde é um poder de ação sobre si e sobre o mundo, adquirido junto dos outros" (CLOT, 2010, p.111). Sem nos restringir ao aqui dito, afirmamos que trabalhar é saúde quando: o trabalho ultrapassa o que dele foi antecipado - as prescrições são valiosas para orientar nossa atividade, mas não para a elas reduzi-la-; quando entendemos que trabalhar é uma atividade onde gerimos as distancias entre as normas antecedentes e os encontros com o real; quando renormatizamos o que estava pensado sem nossa interferência nesse meio infiel; quando criamos novas possibilidades e superamos a tradição da concepção do trabalho – tarefa. Em outras palavras, "o que caracteriza a saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas" (CANGUILHEM, 2009, p. 77).

Eis aqui, que sob estas concepções, se situa o ser humano, o trabalhador, como agente da

---

trabalho é o principal operador tanto do desenvolvimento psicológico do sujeito como de sua saúde e bem-estar" (BENDASSOLLI, 2011c, p. 81).

própria saúde e trabalho; afirmando a potência do seu poder de agir[39]. Este poder de agir se refere a:

> A capacidade do sujeito de aumentar a amplitude de sua ação no trabalho, colocando em sua atividade elementos de sua própria subjetividade, demonstrando domínio e controle sobre instrumentos e ferramentas, e conseguindo responder à atividade do outro para conseguir realizar a sua própria. O poder de agir está intimamente ligado à concepção de […] sujeito de ação, capaz de sentir-se responsável pelos próprios atos e pela existência das coisas". (CLOT apud BENDASSOLLI, 2011c, p. 86)

Nesta perspectiva teórico-metodologia das clínicas do trabalho, que vai para além de uns óculos que nos ajudam a enxergar o trabalho de um modo particular; a concepção da atividade e, por tanto da atividade que aqui nos interessa: o trabalho; constitui uma bandeira ético-política que supera a concepção mercantil do trabalho. Pelo que as análises aqui construídas são um diálogo em torno à atividade humana de trabalho, que convoca aos trabalhadores a se deslocar o tempo todo, a fazer desta atividade um trabalho vivo; que é entendido como "a resistência ao fracasso, a capacidade de demostrar obstinação neste confronto com o real, do qual é possível mostrar uma dimensão propriamente física" (DEJOURS, 2012 p. 18).

Este percurso teórico nos dá passo a estabelecer o diálogo com a atividade dos psicólogos, não sem antes conhecer como surgiram os encontros que possibilitaram uma aproximação à atividade destes profissionais; aspecto que constitui parte fundamental de nossa política de pesquisa.

[39] Identificamo-nos com o Clot (2010) quando afirma que "agir e, sobretudo, ampliar seu poder de ação é conseguir servir-se de sua experiência para fazer outras experiências". (CLOT, 2010, p. 86).

O operário em construção.

Era ele que erguia casas
Onde antes só havia chão.
Como um pássaro sem asas
Ele subia com as casas
Que lhe brotavam da mão.
Mas tudo desconhecia
De sua grande missão:
Não sabia, por exemplo
Que a casa de um homem é um templo
Um templo sem religião
Como tampouco sabia
Que a casa que ele fazia
Sendo a sua liberdade
Era a sua escravidão.

De fato, como podia
Um operário em construção
Compreender por que um tijolo
Valia mais do que um pão?
Tijolos ele empilhava
Com pá, cimento e esquadria
Quanto ao pão, ele o comia...
Mas fosse comer tijolo!
E assim o operário ia
Com suor e com cimento
Erguendo uma casa aqui
Adiante um apartamento
Além uma igreja, à frente
Um quartel e uma prisão:
Prisão de que sofreria
Não fosse, eventualmente
Um operário em construção.
Mas ele desconhecia
Esse fato extraordinário:
Que o operário faz a coisa
E a coisa faz o operário.
De forma que, certo dia
À mesa, ao cortar o pão
O operário foi tomado
De uma súbita emoção
Ao constatar assombrado
Que tudo naquela mesa
- Garrafa, prato, facão -
Era ele quem os fazia

Ele, um humilde operário,
Um operário em construção.
Olhou em torno: gamela
Banco, enxerga, caldeirão
Vidro, parede, janela
Casa, cidade, nação!
Tudo, tudo o que existia
Era ele quem o fazia
Ele, um humilde operário
Um operário que sabia
Exercer a profissão.

Ah, homens de pensamento
Não sabereis nunca o quanto
Aquele humilde operário
Soube naquele momento!
Naquela casa vazia
Que ele mesmo levantara
Um mundo novo nascia
De que sequer suspeitava.
O operário emocionado
Olhou sua própria mão
Sua rude mão de operário
De operário em construção
E olhando bem para ela
Teve um segundo a impressão
De que não havia no mundo
Coisa que fosse mais bela.

Foi dentro da compreensão
Desse instante solitário
Que, tal sua construção
Cresceu também o operário.
Cresceu em alto e profundo
Em largo e no coração
E como tudo que cresce
Ele não cresceu em vão
Pois além do que sabia
- Exercer a profissão -
O operário adquiriu
Uma nova dimensão:
A dimensão da poesia.

E um fato novo se viu
Que a todos admirava:
O que o operário dizia
Outro operário escutava.

E foi assim que o operário
Do edifício em construção
Que sempre dizia sim
Começou a dizer não.
E aprendeu a notar coisas
A que não dava atenção:

Notou que sua marmita
Era o prato do patrão
Que sua cerveja preta
Era o uísque do patrão
Que seu macacão de zuarte
Era o terno do patrão
Que o casebre onde morava
Era a mansão do patrão
Que seus dois pés andarilhos
Eram as rodas do patrão
Que a dureza do seu dia
Era a noite do patrão
Que sua imensa fadiga
Era amiga do patrão.

E o operário disse: Não!
E o operário fez-se forte
Na sua resolução.

Como era de se esperar
As bocas da delação
Começaram a dizer coisas
Aos ouvidos do patrão.
Mas o patrão não queria
Nenhuma preocupação
- "Convençam-no" do contrário -
Disse ele sobre o operário
E ao dizer isso sorria.

Dia seguinte, o operário
Ao sair da construção
Viu-se súbito cercado
Dos homens da delação
E sofreu, por destinado
Sua primeira agressão.
Teve seu rosto cuspido
Teve seu braço quebrado
Mas quando foi perguntado
O operário disse: Não!

Em vão sofrera o operário
Sua primeira agressão
Muitas outras se seguiram
Muitas outras seguirão.
Porém, por imprescindível
Ao edifício em construção
Seu trabalho prosseguia
E todo o seu sofrimento
Misturava-se ao cimento
Da construção que crescia.
Sentindo que a violência
Não dobraria o operário
Um dia tentou o patrão
Dobrá-lo de modo vário.
De sorte que o foi levando
Ao alto da construção
E num momento de tempo
Mostrou-lhe toda a região
E apontando-a ao operário
Fez-lhe esta declaração:
- Dar-te-ei todo esse poder
E a sua satisfação
Porque a mim me foi entregue
E dou-o a quem bem quiser.
Dou-te tempo de lazer
Dou-te tempo de mulher.
Portanto, tudo o que vês
Será teu se me adorares
E, ainda mais, se abandonares
O que te faz dizer não.

Disse, e fitou o operário
Que olhava e que refletia
Mas o que via o operário
O patrão nunca veria.
O operário via as casas
E dentro das estruturas
Via coisas, objetos
Produtos, manufaturas.
Via tudo o que fazia
O lucro do seu patrão
E em cada coisa que via
Misteriosamente havia
A marca de sua mão.
E o operário disse: Não!
- Loucura! - gritou o patrão
Não vês o que te dou eu?
- Mentira! - disse o operário

Não podes dar-me o que é meu.
E um grande silêncio fez-se
Dentro do seu coração
Um silêncio de martírios
Um silêncio de prisão.
Um silêncio povoado
De pedidos de perdão
Um silêncio apavorado
Com o medo em solidão.

Um silêncio de torturas
E gritos de maldição
Um silêncio de fraturas
A se arrastarem no chão.
E o operário ouviu a voz
De todos os seus irmãos
Os seus irmãos que morreram
Por outros que viverão.
Uma esperança sincera
Cresceu no seu coração
E dentro da tarde mansa
Agigantou-se a razão
De um homem pobre e esquecido
Razão porém que fizera
Em operário construído
O operário em construção.

Vinicius de Moraes.

CAPÍTULO III

3. O ENCONTRO *COM* OS TRABALHADORES.

> *Um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo que veio antes e depois.*
>
> *Walter Benjamim.*

3.1.DESENHANDO CAMINHOS DE ENCONTRO: O PERCURSO METODOLOGICO.

Para abordar os desafios dos psicólogos com formação em saúde ocupacional, que atuam na gestão de riscos psicossociais na Colômbia, se propôs analisar a atividade deles sob a perspectiva das clínicas do trabalho, principalmente da ergologia, por ser fundamental levar em consideração as normas e valores que atravessam e constituem as práticas destes profissionais na ampliação/produção da saúde dos trabalhadores.

Tendo em conta que a atuação do psicólogo dentro do Sistema Geral de Riscos Laborais é um dos componentes que opera na política de saúde no trabalho na Colômbia, e que estas práticas ocorrem desde diferentes cenários com certas particularidades, se identificou que o caminho metodológico possível para se aproximar à atividade destes trabalhadores, a fim de analisá-la, mas não de avaliá-la, ficava longe das enquetes e entrevistas estruturadas, e se aproximava a **narrativas** que se constituiriam a partir de **encontros** entre os participantes.

A escolha de esta metodologia visou permitir aos participantes desta pesquisa, (tanto o psicólogo pesquisador, quanto os psicólogos pesquisados), colocar as questões consideradas importantes para a abordagem do tema proposto, sem mais restrições que o tempo[40]; e possibilitar a entrada no campo da experiência individual e coletiva, entendendo que as narrativas dos psicólogos se apresentariam como uma experiência que atravessa e constitui os sujeitos no coletivo. Nesta pesquisa **qualitativa**, o narrado também diz a respeito da experiência da pesquisadora e da Colômbia no campo da saúde dos trabalhadores. No entanto,

[40] Refiro-me ao tempo estabelecido para culminar o mestrado e o tempo dos psicólogos participantes.

cada vida foi falando de uma vida coletiva. Nas palavras do Ferrarotti:

> (...) cada vida individual, todas las vidas individuales, son documentos de una humanidad más amplia con sus discontinuidades históricas. El hilo que une estos mosaicos biográficos, singulares o colectivos, en sus diferentes perspectivas, es la articulación del tiempo recogida en su doble aspecto de experiencia individual y colectiva, de los momentos que se integran recíprocamente.(FERRAROTTI, 1993, p. 183).

Estas narrativas têm a sua origem em alguns encontros caracterizados por **conversas** iniciadas a partir de perguntas abertas; tanto o número dos encontros, quanto os temas discutidos foram definidos com cada psicólogo no percurso do caminho do trabalho de campo, segundo a disponibilidade de tempo e o acesso dos participantes às ferramentas de comunicação online; como Skype, o Google Talk e congêneres. Este viés permitiu o acesso aos participantes, facilitando o que a localização geográfica apresentava como inviável. O uso destas ferramentas tecnológicas é sustentado em pesquisas que validam estes instrumentos enquanto meios técnicos de produção, sistematização e análise de dados, como se pode evidenciar nos trabalhos (BRAGA, 2012; DA COSTA et al., 2009).

No percurso do trabalho de campo, se identificaram algumas etapas que foram surgindo, no tento de materializar encontros mais do que entrevistas dirigidas. Em um primeiro momento, se encaminhou um **convite**[41] destacando o objetivo e alcance da pesquisa, o qual foi aceito por sete (7) psicólogos. Com estes participantes, se iniciou o **contato** por Skype, a fim de esclarecer dúvidas, ampliar a informação e se dispor criar uma **relação** que viabilizaria a pesquisa.

Em vários casos, neste mesmo primeiro contato, se encontrou a **disponibilidade** dos participantes para abordar o tema, o que se teria previsto para um próximo encontro, mas sob uma **inspiração cartográfica**[42] se permitiu seguir vários fluxos que possibilitaram os encontros na construção de uma relação particular com cada participante.

Nesta primeira etapa, também se encaminhou o TCLE[43], cumprindo com os requerimentos éticos estabelecidos tanto no Brasil, quanto na Colômbia. Para além da assinatura desde documento - procedimento conhecido pelos participantes, levando em consideração sua formação acadêmica-, se procurou estabelecer uma relação de **confiança**, que dera passagem

[41] Disponível no apêndice.

[42] Cartografia entendido como método de pesquisa-intervenção segundo (PASSOS; BENEVIDES DE BARROS, 2009).

[43] Termo de Consentimento Livre e Esclarecido esta disponível nos anexos.

às posturas ético-políticas, perante de um tema que atingia os interesses dos participantes.

Tendo a disponibilidade dos participantes conversarem sobre sua atividade, o dispositivo de conversa foi inspirado no método de **instrução ao sósia**[44] (*imagina que tivesse uma viaje e seu irmão gêmeo fosse substituir você no seu trabalho, quais instruções lhe daria, para que não percebessem sua ausência?*). Como alguns psicólogos manifestaram sua necessidade de não ficar restritos a esta demanda inicial, então, se optou por complementar este método, pedindo que **contassem** sobre seu trabalho (*se você quer, pode me contar um pouquinho o que você faz*). Logo se foi aprofundando nos elementos trazidos por eles.

Neste caminhar, identificamos dois momentos, um de disponibilidade e outro de conversa; que em muitos dos casos se deu em um único encontro; após disto, se realizou a **transcrição** das gravações no caso dos encontros realizados por Skype. Tanto as transcrições de Skype, quanto as transcrições das conversas geradas pelas ferramentas de google talk, whatsApp e facebook[45] foram relidas, repensadas e reescritas em primeira pessoa do singular, transformando-se nas narrativas destes encontros.

Narrativas que se distanciaram de toda experiência isolada e individual, ao revelar uma experiência comum, que sugere a condição de vulnerabilidade da pesquisadora, não sendo imune de resinificar sua própria experiência; por quê? A melhor explicação a encontramos no Walter Benjamin "O narrador retira da experiência o que ele conta: sua própria experiência ou a relatada pelos outros. E incorpora as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes" (p. 201)

Logo após, o texto da experiência narrada foi encaminhado aos participantes com o nome de **memorias**, com o fim de **autoconfrotar** o dito, sob a perspectiva da clínica da atividade. A autoconfrontação se identificou como um dispositivo importante para duas coisas; primeiro, abrir o diálogo do psicólogo com sua própria atividade; e segundo, para conferir que o **sentido** das narrativas geradas correspondesse ao sentido que os psicólogos tinham atribuído no conversado sobre sua atividade. No entanto, a partir das autoconfrontações, em alguns casos, a pesquisadora teceu outras questões que foram colocadas em encontros seguintes.

Neste percurso, foi fundamental também, a influência das perspectivas teórico-metodológicas

[44] Técnica adotada pelo Yves Clot na clinica da atividade que foi inicialmente planteada pelo Ivar Oddone em 1970.

[45] Os encontros realizados no facebook foram desenvolvidos pelo inbox dos participantes nesta rede social.

explicadas no capítulo II; poderia parecer contraditório abordar o trabalho dos psicólogos ocupacionais desde perspectivas divergentes da SO, mas tendo afirmado nosso engajamento com os enfoques da ST e as clínicas do trabalho – especialmente com a ergologia -; acreditamos que desde estes olhares, podemos contribuir a viabilizar e visibilizar transformações no trabalho, que objetivem a produção da saúde dos trabalhadores - incluídos os mesmos psicólogos ocupacionais-. Por esta razão, para estabelecer os encontros descritos e colocar em análise a atividade dos psicólogos, nos inspiramos também no "dispositivo dinâmico a três polos" (SCHWARTZ, 2000).

Segundo Schwartz (2000), o dispositivo dinâmico a três polos, é uma proposta que visa transformar a atividade do trabalho, a partir dos efeitos que surgem no diálogo de três polos: o pólo dos conceitos, que comporta materiais para o conhecimento; o pólo das "forças de convocação e de reconvocação", que é o pólo dos saberes gerados nas atividades; e o pólo das exigências éticas e epistemológicas, que permite o diálogo entre os dois primeiros pólos, e sugere olhar o outro como semelhante, superando as generalidades, tendo a possibilidade de aprender do outro, este "desconforto intelectual", gera a humildade sem a qual não seria possível este diálogo.

Neste sentido, o DD3P foi fundamental ao contribuir no nosso modo de abordar as conversas com os psicólogos participantes e prover-nos os fornecimentos éticos necessários para colocar em análise a atividade destes profissionais. Quer dizer, a análise do trabalho parte dos próprios trabalhadores, suas questões, afetações e saberes; e a interlocução com as perspectivas mencionadas. No entanto, dialogamos aqui ***com*** os psicólogos ocupacionais, tendo como principio a humildade epistemológica. Dispostos ao encontro que permite o terceiro pólo, aquele desprovido de saberes, mas revestido de humildade; e em consequência, o exposto aqui, não se trata de verdades gerais, mas busca a convocação de novos olhares interessados em continuar e ampliar o diálogo, visando gerar efeitos recíprocos na atividade dos psicólogos e na produção do conhecimento.

Em sínteses, o caminho metodológico descrito anteriormente foi se construindo junto, por ter assumido desde o começo desta pesquisa uma postura ético-política inspirada na cartografia e no DD3P. É assim como esta metodologia só conseguiu ser escrita na etapa final dos encontros, e no momento prévio às análises das narrativas construídas. A metodologia encarnada aqui, que começou como uma ideia de auto confrontação simples sob a perspectiva da clínica da atividade, usando o Skype como ferramenta tecnológica, foi se transformando e

nutrindo com os participantes desta pesquisa, mas também, com os diálogos das orientações, grupos de estudos, aulas, seminários e até conversas na rua e situações que *não deram certo*; tudo isto, se constituiu nas trilhas que deram os subsídios necessários para identificar e percorrer este caminho.

3.2.INCORPORANDO EXPERIÊNCIAS: AS NARRATIVAS

As narrativas apresentadas em seguida, são o reflexo do que acontece na atividade de trabalho de muitos psicólogos com formação em saúde ocupacional na Colômbia. Estas vidas singulares se permitiram problematizar sobre o que significa trabalhar no campo da saúde do trabalhador desde a gestão dos riscos psicossociais; colocando em questão os limites, as potencias, os interesses e os valores e normas de todos os atores que interferem nesta atividade –– trabalhadores, empresas, setor educativo, a Governo e ARLs- que visa atingir a saúde dos trabalhadores.

Os trabalhadores ***com***[46] quem se realizou esta pesquisa são:

- *Vera: sou psicóloga especialista em saúde ocupacional, trabalho em risco psicossocial há 6 anos, trabalhei os últimos 6 meses em uma empresa que presta serviços para o setor hidrocarbonatos, aonde me contrataram temporalmente para trabalhar no Programa de Vigilância Epidemiológica PVE psicossocial, em seleção de pessoal e terminar o manual de funções e responsabilidades. Pelo que tenho três focos de trabalho: organizacional, o programa psicossocial e o armazenamento da informação.*

- *Marlinda: sou psicóloga e mestre em saúde ocupacional. Tenho trabalhado na área de riscos psicossociais desde a docência universitária, a consultoria e a pesquisa.*

- *Jaddh: sou psicóloga especialista em saúde ocupacional; há 4 meses trabalho para uma ARL e tenho atribuídas 3 empresas para fazer a implementação do programa de risco psicossocial; dois hospitais do Estado e uma empresa de call center.*

[46] A palavra "*com"* escrita nos títulos de cada uma das narrativas, refere-se a nossa intenção de afirmar uma posição ético-política inspirada na cartografia como método de pesquisa-intervenção: pesquisar ***COM***.

- *Theo: sou psicólogo especialista em Gerencia em saúde ocupacional, tenho tido a oportunidade de exercer em três empresas, em dois delas como analista e em uma como coordenador de SO. Atualmente trabalho como analista de SO em uma empresa aonde a maioria dos cargos são administrativos. Desenvolvo atividades de bem-estar (administração de benefícios) e SO (gestão do SG-SST).*

- *Paula: Sou psicóloga especialista em saúde ocupacional há 10 anos e meio. Trabalho como independente; nos últimos 4 anos meu foco tem sido risco psicossocial nos setores hidrocarbonatos e saúde, especialmente. Antes fazia organizacional, consultorias e capacitações em SO.*

- *Maiara Ely: sou psicóloga especialista em psicologia organizacional e em saúde ocupacional. Trabalho em um centro de investigação que tem dupla missão: dar consultoria às empresas em temas de psicologia organizacional; e, produzir e divulgar conhecimento científico, sobre o tema na Colômbia.*

- *Nice: sou psicóloga formada em outubro de 2011. Desde Julho de 2012, trabalho para uma empresa que presta serviços para as ARLs. Em janeiro de 2013 ingressei ao mestrado em saúde pública e fiz o primeiro ano. Agora estou no segundo período da especialização em higiene e saúde ocupacional, que inicie em janeiro de 2014.*

Encontramos então, a diversidade de ambientes onde estes profissionais desenvolvem sua atividade; além, levando em consideração que eles se localizam geograficamente em lugares diferentes da Colômbia: No Departamento (Estado) de Antióquia e em Bogotá - Distrito Capital. Contudo, nem por esta distancia, suas experiências deixam de se integrar reciprocamente, conformando a historia de uma experiência coletiva na Colômbia. Razão pela qual, decidimos dar o protagonismo que merecem estas experiências, colocando na integra as narrativas que consolidaram esta pesquisa, ao suscitar as análises tratadas no capítulo IV.

3.2.1. **NARRATIVA 1: UMA PERSPECTIVA DA SAÚDE MENTAL E EMOCIONAL A NÍVEL LABORAL EM BOGOTÁ[47]*COM* A VERA[48].**

Soy psicóloga especialista en salud ocupacional, trabajo en riesgo psicosocial desde hace 6 años. Laboré los últimos 6 meses en una empresa de mantenimiento para el sector de hidrocarburos, donde me contrataron temporalmente para trabajar en el Programa de Vigilancia Epidemiológico PVE psicosocial, en selección de personal y terminar el manual de funciones y responsabilidades; por lo que tengo tres focos de trabajo: organizacional, el programa psicosocial y el almacenamiento de la información.

No es fácil trabajar en este campo, más en la actualidad donde no hay tiempo, dinero y poca estabilidad laboral. Todos sabemos que los niveles de estrés son altos y que se maneja una alta exigencia del trabajo; además, está presente el miedo a perder el trabajo. El gobierno se pellizco y por fin le dio la importancia que merece el tema, reconociendo las patologías derivadas del estrés ocupacional, patologías que son silenciosas. Los trabajadores presentan enfermedades digestivas, cardiacas, ACVs, etc. Aunque la ley en riesgo psicosocial es bastante clara, trabajar en la salud de los trabajadores bajo estas condiciones es complejo; además, yo como trabajadora también hago parte de eso.

Por otra parte, el tema es tratado de manera muy cerrada, las compañías y los otros psicólogos que tienen montados sus programas son recelosos y no los sueltan. Falta manejar el tema en conjunto, a mí me encantaría poder discutir estos aspectos en reuniones.

Las expectativas que se tienen cuando uno se forma como psicólogo son muy diferentes, ya en el ejercicio profesional hay una competencia. Sería bueno poder hacer las cosas en el sentido de la psicología que es contribuir al bienestar común, pero todos sabemos que si no generas resultados, hay 10 detrás de ti esperando.

Si tuviera una hermana gemela, y ella me fuera a reemplazar, de manera que no percibieran mi sustitución en el trabajo, yo le diría que tiene que ser puntual, yo soy muy puntual, hacerle caso a mi jefe, ella es una persona que sabe mucho y le gusta que le hagamos caso, y sobre todo que fuera ella misma.

[47] O titulo desta narrativa foi proposto pela mesma psicóloga narradora.

[48] Nome fictício para garantir o estabelecido no TCLE.

Trabajar en esto no es fácil, pero es satisfactorio cuando se hacen las capacitaciones de inteligencia financiera, por ejemplo y se ve que los trabajadores están mejorando en ese aspecto, también cuando uno se encuentra con personas con las que ha trabajo; a mí me saludan mucho en la calle porque he trabajado en muchas partes y eso es bonito.

En mi trabajo espero apoyo de la gerencia y los líderes de área, si esto no se da lo coloco en cuestión, porque a veces se encuentra uno con que no le dan la importancia al tema y creen que el psicólogo es el responsable cuando las cosas no funcionan, y si bien, es así, se requiere del apoyo de ellos. Obviamente el psicólogo es siempre es un mediador.

El tema de riesgos psicosociales es bien difícil, por ser intangible, no es como los otros riesgos, no digo que los otros sean fáciles pero por lo menos son más fáciles de medir; y el tema de seguridad basada en el comportamiento es aún más complejo, ahí uno se da cuenta como los trabajadores no tienen percepción del riesgo, ellos no usan los EPPs no porque las condiciones no estén dadas, solo porque no quieren, porque son tercos[49], ellos creen que como toda la vida lo han hecho así, entonces no les va a pasar nada, hasta que ven a un amigo que si le pasa.

En 6 años de experiencia nadie lo capacita a uno, empecé a trabajar en riesgo psicosocial recién salió la ley, todos sabemos que nos toca empezar de cero, hágale como pueda, lo contratan porque uno es el experto. A mí me toco aprender sola, leer mucho y escuchar mucho a la gente que trabajaba conmigo el tema de salud ocupacional, finalmente pude hacer mi postgrado hace poco, con mucho esfuerzo; lo termine hace dos meses y pude mejorar más aún todos los conocimientos que tenía, pero hay algo que lo teórico no te brinda y es la práctica, esa es la mejor manera de aprender, así pude articular la teoría con lo que iba aprendiendo de salud ocupacional.

La distancia entre teoría y práctica, la veo, por ejemplo, en algunos momentos donde se juzga a los demás por su "inestabilidad" laboral, cuando las cosas acá, en temas de contratación se ponen duras y muchas veces no es culpa de las personas. Específicamente en riesgo psicosocial, los temas son complicados, encontramos que a veces los empleados no pueden decir la verdad de cómo se sienten por temor a ser despedidos, a veces proponemos trabajos y campañas en torno al clima organizacional, pero eso no sirve de nada cuando eres maltratado por superiores que no van a dejar de hacerlo; o el estrés muchas veces lleva a las personas

[49] No português se referi a uma pessoa teimosa.

hasta su límite, solo por probarse a sí mismas o a los demás que pueden contra lo que sea y eso no es tan sano.

En el caso de los trabajadores acosados, la verdad, no es mucho lo que se pueda hacer, uno tiene que ir de la mano con el empleador, eso sí, yo trato de hacerle ver de muy buena manera a la empresa que el respeto y el buen clima son claves si no quieren estar contratando a personal nuevo cada tres meses, eso les sale costosísimo a ellos.

Realmente cuando uno asesora ya sea desde dentro o fuera, no puedes irte contra las políticas negativas de la empresa, debes ser inteligente y mostrar con hechos y estadísticas, ojala económicas, que el buen clima no nos cuesta y nos hace mejores seres humanos y empleados, eso me ha funcionado.

El caso delos trabajadores estresados, es cuestión de hacer una mini terapia de choque, trato de mostrarle que la idea de tener contento a todo el mundo y de lucirse, no es sana, a mediano ni largo plazo, puede afectarle seriamente su salud. La terapia de choque consiste en que a veces utilizo videos, utilizo la visión futurista y utilizo el poder de la visión que tenemos cuando no queremos hacer caso[50], es decir, si llevamos la situación al extremo; me gusta ser extremista y mostrar de buena manera que el bienestar y la salud personal y familiar siempre son lo más importante en estos casos extremos. Esto me toco hacerlo con mi anterior jefe.

Ella tiene ese lio con la jefe de ella; está empecinada en lucirse siempre, a pesar de la carga que tiene que es bastante pesada, se está enfermando y está dejando a su hija de brazos[51] sola por estar metida en la oficina. Está tratando de arreglar un departamento que funciona mal desde hace 20 años.

Alguna vez hablamos del tema y le dije que el querer lucirse[52] siempre en el trabajo es una carga demasiado pesada que no podemos llevar toda la vida, y que eso es una cosa distinta de hacer muy bien el trabajo. Le plantee la idea de que significaba más para ella: si ver crecer a la niña y compartir con ella en el tiempo que quedaba fuera del trabajo, o, el querer lucirse delante de alguien a quien conociste hace poco. Se quedó pensando y me agradeció. A eso le llamo la mini terapia de choque, un mini enfrentamiento con la realidad; eso funciona.

---

[50] *No querer hacer caso* também se refere a uma pessoa *terca,* no português taimada.

[51] No português refere-se a criança de colo.

[52] No português refere-se a se dar bem.

Con este tipo de intervenciones identifico cambios en los trabajadores; quienes llegan a mi o por voluntad propia (10% de los casos) o porque tengo que hacer seguimiento y evaluación al estrés alto (80% de los casos). Cambios de actitud, cambios de pensamiento y cambios de comportamiento, cuando hay bastante tiempo este último es el más difícil de cambiar; cuando me refiero a bastante tiempo hablo de meses y hablo específicamente de casos de comportamiento seguro o de manejo de estrés y relaciones interpersonales al interior de la compañía.

Estos cambios son tomados positivamente en la empresa, ya que contribuyen a mejorar las estadísticas de estrés, de comportamientos inseguros y demás temas de clima laboral. Solo una vez me pasó que el trabajador decidió renunciar porque no aguantaba más la presión y bueno, yo era la única que sabía eso, llevaba meses así, no podía comer ni dormir pensando en cómo lo iban a tratar al otro día, eso fue duro, pero sé que donde está ahora está bien.

La herramienta que uso para evaluar los factores de riesgo psicosocial es la betería del ministerio, alguna vez aplique otra encuesta, pero no era avalada por la ARL, entonces decidí llevar seguimiento con solo la batería. En la empresa yo soy la única psicóloga, entonces con esta parte, solo me ayudaba la psicóloga asesora de la ARL.

Esta batería es un instrumento muy completo cuando la aplicas y tabulas te genera toda la información que quieras, eso hay que guardarlo y hacer los cruces que se necesiten y sobre eso es que se hace el seguimiento, la evaluación, las conclusiones y decisiones. La tabulación se hace a través de un aplicativo y te genera un consolidado grande en Excel, que te sirve para sacar toda la información que necesites.

Por ejemplo, puedes saber cuál es el área de la empresa más afectada en niveles de estrés, puedes saber cuáles son las condiciones extralaborales que más afectan a los empleados, puedes saber cuáles son las patologías derivadas del estrés más frecuentes en los empleados y por departamentos también, es muy completa y de fácil manejo.

Los factores de riesgo psicosocial comúnmente identificados como de intervención relevante en la batería, son las relaciones interpersonales al interior de la empresa, claridad del rol, oportunidades para el desarrollo y habilidades en la empresa, situación económica del grupo familiar y a nivel muscular, dolores de espalda.

Para intervenir estos aspectos, creo que capacitaciones sueltas no sirven, por eso yo trato de hacer campañas donde un eje importante es el seguimiento, el acompañamiento; sin embargo,

no solo yo tomo las decisiones a nivel final. Trabajo los temas, con sensibilizaciones, obras de teatro y con ayuda de las cajas de compensación o de las EPS, según sea el tema; por ejemplo, si el temas afectado es situación económica del grupo familiar, hacemos una campaña de inteligencia financiera, en la cual me ayuda la ARL, la caja de compensación CCF, con el tema de ahorro, crédito o vivienda; o el fondo de pensiones AFP. Según lo que cada entidad me pueda ofrecer yo lo voy alineando a la campaña.

Además de los temas de inteligencia familiar e inversión familiar, también realizo campañas sobre el respeto y las buenas relaciones laborales, planes de capacitación y formación empresarial por áreas, resocialización de perfiles de cargo, SVE osteomuscular, estilos de vida saludables y programas de pausas activas. Se hace lo que se puede y dejan.

En el mismo sentido se interviene si se trata de una condición intralaboral; el tema es la planeación de las campañas, de los seguimientos o sensibilizaciones y poder tener el portafolio de servicios adicionales que me puedan ofrecer las entidades mencionadas.

En este sentido, la gestión desde el área de psicología en salud ocupacional se evalúa con la disminución de los niveles de estrés, el cambio de percepción de los trabajadores y su cambio de actitud, sobre todo el tema de las relaciones con los demás y bueno con la disminución de accidentalidad en obras, a causa de acciones y comportamientos más seguros.

He trabajado con clima, bienestar y riesgo psicosocial. Las empresas siempre dicen que es solo para tal cosa, y termino siempre pegándole[53] a los tres, eso pasa con frecuencia, me ven cara de croactiva[54]. He hecho de todo, me ha tocado, rara vez ha sido algo voluntario, sin embargo, pienso que de no haber sido así, uno no podría tomar decisiones para impactar varios aspectos de la gestión humana, o las podrías tomar, pero no habría el impacto deseado y eso no es fácil. El impactar varios aspectos es eso: si mejora el clima laboral, mejora el bienestar y él disminuye el riesgo psicosocial y los niveles de estrés, a eso me refiero.

¿Qué hago en un día de trabajo? Bueno, siempre me organizo mentalmente antes de llegar y trato de adelantar todo lo pendiente, sacando en primer lugar las prioridades.

[53] No português refere-se a atingir.

[54] É uma brincadeira entre as palavras *croar e proactiva*. O croar refere-se ao coaxar dos sapos; na Colômbia quem faz mais do que lhe foi solicitado é chamado de sapo. Porém esta palavra é misturada com a palavra proatividade tão usada na área organizacional.

Para mí las prioridades varían de acuerdo a las necesidades del cliente[55]. He encontrado que las necesidades más comunes de los clientes son disminuir la rotación de personal, formar un buen clima laboral, proporcionar un mejor bienestar laboral al empleado y sus familias y el poder organizar un plan de capacitación y formación que responda a las necesidades del personal y de la empresa, claro está.

En el campo de gestión humana, siempre encontramos la ubicación de candidatos como una prioridad y más cuando tienes proyectos que arrancan ya; por eso, siempre es lo primero que hago; publico y reviso las ofertas para empezar a sacar hojas de vida.

El tema de clima y riesgo psicosocial también es prioridad, por eso siempre le saco un tiempo semanal a eso; ya sea con boletines, videos, capacitaciones, correos, en fin, con lo que se pueda y este dentro de los cronogramas que voy trabajando.

Reunirme con mi jefe o preguntarle que necesita de manera urgente o por encima de lo que ya sabemos que hay, también sería una prioridad; atender a la gente que se acerca a la oficina a buscar apoyo en gestión humana, también es prioridad; y bueno, hacer una resumen o un pequeño consolidado de toda tu gestión en el día y hacer una lista de lo que sigue al siguiente día, debe ser prioridad para cerrar el día.

Es relativo poder seguir la organización que hago al comienzo de cada jornada, pero siempre trato de hacer eso; aunque, a veces, las empresas no te dejan hacer mucho de uno los tres temas, porque para ellos es más importante la selección, o la capacitación, que la salud ocupacional. Yo diría que para el 50% de las empresas de este país, el tema de la salud de los trabajadores es lo menos importante.

Lamentablemente, a veces vale más la productividad que la salud. Es duro para uno como psicólogo ponerle la cara a un trabajador y decirle que tiene que trabajar y estar bien, a pesar de que este en un mal ambiente o de que vea que la empresa no se preocupa por su salud laboral; pero nos toca a veces.

Lo digo porque en ocasiones, nos mandan a nosotros a ponerle la cara a la gente cuando el trabajador expresa su inconformismo frente a las políticas de la empresa; y nos mandan justificándose en que somos los psicólogos y que por eso tenemos que manejar la situación[56] a

[55] Aqui os clientes são entendidos como as empresas.

[56] No português refere-se a lidar com a situação, ou dar um jeito.

favor de la empresa, realmente si, ese es nuestro trabajo, pero a veces sabemos que tenemos que "voltear la arepa[57]", como decía mi abuela, y es difícil.

Resulta que una vez, me toco ir a dictar una capacitación en uno de los hipermercados más grandes del país, no puedo decirte cual; y bueno, estábamos hablando de relaciones interpersonales y manejo de conflictos, precisamente. A mí me tocaba dictar esa capacitación antes de que abrieran las puertas; bueno, efectivamente la dictamos, todo el mundo salió receptivo y, pues feliz. Cuando yo estaba recogiendo mis cosas, entró el director o el coordinador de Bogotá a hablarles y les pego una madreada[58] terrible. ¡Imagínate! yo hablando de respeto, de aprecio, de empatía y llega este señor a madrearlos de una manera tenaz. Yo la verdad me quede ahí, no salí me dio mucha embarrada, y lo más duro, es que ya era la hora de abrir el almacén, yo estaba todavía ahí y cuando se abrieron las puertas, todos aplaudían a los que entraban a comprar....porque esa es la costumbre del hipermercado. Eso fue tenaz, horrible, nunca volví a dictar capacitaciones ahí, me dio mucha tristeza.

Imagínate....lo hacen quedar a uno como un jopo[59]. ¿Que hacer frente a eso? Nada; en ese caso, lo único que les puedes decir a las personas es que manejen al jefe, que solo ellos deciden como se pueden sentir frente a eso. En realidad, esa es una salida, pero tú sabes, nadie quiere tener un jefe que lo put[60]... a uno todos los días.

Eso es lo que sucede, el tema de la productividad a veces está por encima del bienestar laboral. Cuando tu empiezas en este tema no es fácil manejarlo, pero aprendes a no irte contra esto sino a manejar a tus jefes y mostrarles con gestión que hay mejores maneras de relacionarse, me refiero a estadísticas de rotación, cuando se puede, cuando no, pues nada que hacer.

“Voltear la arepa” a favor del trabajador es un tema es difícil, las veces que lo he intentado, lo he hecho mostrando estadísticas de como el nivel de rotación y de accidentalidad, puede ser

[57] Arepa é uma comida típica colombiana, feita com canjica de milho, a qual é cozinhada, moída e temperada com sal, logo é feita uma bolinha, que é esmagada e frita pelos dois lados; porém, a gíria tem o sentido de mudar uma situação completamente em favor de uma das partes, deixando a outra sem argumentação. Por exemplo, se justifica uma ação até o ponto de que o vitima vira verdugo.

[58] No português é xingar.

[59] No português refere-se a bunda. Ficar como uma bunda é uma expressão usada para dizer que alguém passo vergonha.

[60] Refere-se aos chefes que xingam os trabalhadores.

perjudicial para la productividad de la empresa. Es ahí cuando el empleador empieza a pensar en las consecuencias de algunas decisiones o tratos que les da a los empleados. Algunos de esos tratos son por ejemplo, despedir a la gente porque no quieren trabajar de 12m a 12 pm, sabiendo los trabajadores se reúsan porque la empresa queda ubicada en una zona insegura de Bogotá e salir a esa hora del trabajo es peligroso.

En una empresa que trabaje hace dos años, le mostré al gerente que contratar personal nuevo cada mes era el doble de caro que seguir capacitando al que ya teníamos, sobre lo que él quería lograr en ese empleado.

Los empleadores piensan más en la producción y en los resultados sin importar si se sobrecarga de trabajo a la persona, si la persona se enferma, o sí deja de compartir tiempo con su familia, o si deja de descansar, también es común encontrar que se sobrecarga de trabajo a una persona con el trabajo que normalmente harían dos personas, eso ya se volvió muy común.

Hoy en día, la sobrecarga laboral es una de las" funciones" del personal; cuando hay una línea muy delgada entre sobrecarga y acoso laboral[61]. También se coarta la libertad y la planeación de los profesionales, alegando en una empresa, que esas son las políticas de la misma y limitando los resultados o metas de los profesionales, generando así una sensación de impotencia, de falta de control y de depresión o sensación de fracaso en algunos casos.

Las consecuencias de estos tratos y decisiones de las empresas con los trabajadores, son el nivel alto de estrés laboral, la sensación de desgano y depresión laboral, cuando la persona siente que no sirve ni para ese trabajo ni para otro después de que se ha pasado una y otra vez por ese tipo de jefes; en algunos casos ocurre la sensación de fracaso. Ha habido algunos casos de suicidio y he conocido de otros casos donde ha habido agresiones físicas o de algún otro tipo, contra ciertos jefes por el maltrato hacia sus empleados. E este tema no es nuevo.

Es una situación compleja, el tema es que acá en Colombia solo se han comprobado a nivel nacional 2 casos de acoso laboral, cuando en realidad los psicólogos sabemos que hay miles de casos que no se pueden comprobar. Las empresas son muy hábiles[62] y lamentablemente esto se debe también a los abogados laborales y a los jefes de recursos humanos.

[61] No português refere-se a assedio moral.

[62] Aqui hábil refere-se a um jeitinho de experto, no sentido popular do português.

Las empresas son hábiles para poner letra menuda en los contratos, son hábiles para justificar la sobrecarga laboral, son hábiles para sacar a una persona que se enfermó, se accidentó o está en embarazo; sin ninguna otra explicación, sino" se le acabo su contrato laboral". O son hábiles para aburrir[63] a los trabajadores solo porque les cae mal[64]; yo lo he visto de cerca en muchos momentos y créeme a mí me duele bastante.

He aprendido a respetar al empleador, pero cuando veo que el empleador es un h[65]…, definitivamente busco la manera de irme de ahí; esas cosas no me dejan en paz, nunca haría algo que estuviera en contra de mi como persona, sé hasta dónde puedo manejar la situación y cuando decir NO.

Esto es difícil, como psicólogo, no puedes irte contra la empresa, pero tampoco puedes darle toda la razón al empleado en algunos casos, por eso hay que ser inteligente y estudiar cada caso con cabeza y con inteligencia.

Es difícil de explicar cómo opera esa inteligencia en el día a día, cuando se trabaja simultáneamente en salud ocupacional y en recursos humanos. Cuando se trabaja en recursos humanos, debes conseguir personal y vender la mejor imagen de tu empresa para trabajar ahí; cuando trabajas en salud ocupacional, se supone que lo más importante es la salud de los trabajadores, pero no es así, porque en muchas ocasiones lo más importante es la productividad de los trabajadores. Es ahí donde debes ser inteligente y mostrar con cifras que para que la productividad suba o se mantenga, debes mejorar la salud mental y las ganas y maneras de cuidarse para prevenir accidentes.

La parte triste empieza, al demostrar que la salud es importante en cargos que no tienen una alta accidentalidad, nunca he visto que tomen en serio la posibilidad de que un psicólogo o psicóloga se enferme, se estrese, se deprima, bueno, se vuelva nada; es difícil que lo consideren.

Con lo que si puedes mostrar posibilidades es con el tema de la asignación de metas imposibles de lograr o bueno con las metas que no te dejan cumplir, pongo un ejemplo: a mí me exigían cubrir 15 vacantes en un mes y se demoraban 15 días en revisar cada hoja de vida,

[63] No português refere-se a entediar.

[64] No português refere-se a não gostar de alguém.

[65] Refere-se a um filho da puta.

esa es una meta imposible de lograr así.

3.2.2. NARRATIVA 2: UMA EXPERIÊNCIA DE BEM-ESTAR E MAL-ESTAR *COM* A MARLINDA[66].

Soy psicóloga y magister en salud ocupacional, he trabajado en el área de riesgos psicosociales desde la docencia universitaria, la consultoría y la investigación. En mi contacto con estos diversos campos de acción he experimentado sensaciones de bienestar y malestar.

Bienestar, porque creo en el tema de riesgos psicosociales como factores que pueden dañar a las personas, pero que siendo encaminados de manera positiva, pueden potencializarlas, y esto es una oportunidad para las empresas y para los trabajadores, quienes a través de la mejoría de sus condiciones de trabajo, mejoran su calidad de vida.

Mi malestar está relacionado al poco compromiso y preparación que identifico por parte de muchos profesionales que están ejerciendo o se están formando en el área. Creo que desde la academia no se está suministrando la formación necesaria para el abordaje de los riesgos psicosociales (24 horas aproximadamente en una especialización, no son suficientes); esto contribuye a una disparidad en los conceptos, sumado a los intereses particulares de los profesionales, que en muchos casos están relacionados al lucro o a mayores posibilidades laborales mediante la obtención de la licencia, pero no a un compromiso real con la salud en el trabajo.

La evaluación de los factores de riesgo psicosocial se está convirtiendo en un negocio, y esto está generando la resistencia de las empresas para evaluar e intervenir los riesgos psicosociales, porque solo se están llenando de diagnósticos.

Muchos profesionales están vendiéndole la idea a las empresas de que con un taller de manejo de estrés pueden intervenir los riesgos psicosociales, cuando por la cantidad de condiciones que se evalúan, generalmente la intervención no depende exclusivamente del psicólogo, sino de otros profesionales como ergónomos, ingenieros, higienistas, etc. La intervención,

[66] Nome fictício para garantir o estabelecido no TCLE.

también puede significar modificaciones en los procesos y en la organización del trabajo, hasta porque el origen de los riesgos psicosociales está relacionado con este último aspecto. La salud ocupacional ya nos dijo, que las intervenciones deben estar dirigidas primordialmente al factor de riesgo, no a la persona.

Al estudiar la teoría se puede encontrar que ciertas condiciones de trabajo son susceptibles de ser evaluadas, pero solo la particularidad de cada empresa va definir esto, porque los riesgos psicosociales están relacionados con la forma de organización de los procesos de trabajo y el quehacer de cada trabajador. No hay un marco de intervención generalizable para todas las empresas. Inclusive, he encontrado dentro de una misma empresa existen lógicas diferentes entre sus áreas y equipos de trabajo.

Siento tristeza y temor porque esta falta de compromiso de los profesionales, además de incidir en la resistencia que están teniendo las empresas, puede afectar negativamente lo que ya se conquistó con la ley de riesgo psicosociales y la batería del Ministerio para la evaluación de los mismos.

Evidencio un desconocimiento en general en Colombia, frente a los riesgos psicosociales. Así como muchos profesionales, las ARLs tampoco tienen claro el tema y hasta infringen la ley, haciendo cosas que no pueden, como por ejemplo, la evaluación de los factores de riesgo psicosocial. No solo las ARLs parecen desconocer la ley, hay personas que sin ser psicólogos especialistas en salud ocupacional, están haciendo la evaluación de factores de riesgo psicosocial y simplemente acuden a un amigo que si tiene el perfil requerido para que firme los informes; luego ellos continúan lucrándose.

Enfrento este triste panorama, con mis sólidos principios y formación académica, tratando de ser juiciosa, estudiosa, técnica y atenta a la realidad de las organizaciones en mi ejercicio profesional. En consultoría, asesoro a las empresas sustentándome desde lo científico y empírico para intentar desnaturalizar e intervenir los riesgos que ellas evidencian como inherentes al cargo; sin embargo, esta posición de las organizaciones, es reforzada por algunos profesionales que parecen estar más a favor de las empresas que del trabajador, inviabilizando así las intervenciones.

El desafío de los psicólogos ocupacionales, que tengan una visión como la mía, es posicionarse para las empresas y los trabajadores como un valor agregado, a partir del compromiso con la salud de los trabajadores; diferentemente de los psicólogos

organizacionales y de bienestar, quienes hasta ahora se están interesando por el tema. Este desafío es más complejo para los psicólogos que trabajan para las ARLs, quienes no pueden ni pensar porque ya existen parámetros de evaluación e intervención definidos por estas aseguradoras. Dentro de las empresas, no creo que hayan muchos psicólogos ocupacionales vinculados directamente, porque el campo es muy reciente.

El desafío de la disciplina, es formar gente que se posicione a favor del trabajador, lo que no significa, en contra de la empresa. Formar profesionales que no culpabilicen al trabajador por las condiciones de trabajo en las que deben trabajar y que la empresa debe cambiar. Esto hay que sabérselo decir a las empresas, y es posible, porque yo he conseguido cambios.

Cuando se hace la evaluación de los factores de riesgos psicosociales, generalmente se obtienen niveles de riesgo alto en muchos de los aspectos evaluados. Cuando trabajé en la empresa consultora, solía decir: mi trabajo es mostrarle a las empresas lo mal que están, que queden contentos con la presentación y que me vuelvan a contratar para otra medición.

Las empresas acceden porque al final se impacta en la productividad, pero la pregunta es ¿cómo quieres impactar la productividad? ¿Por encima de los trabajadores o con los trabajadores?; En ocasiones impactarla con los trabajadores implica que se tenga que invertir en ellos.

Desde mi experiencia, puedo decir que sí se puede y que he encontrado de todo; empresas que gestionan los riesgos psicosociales solo por cumplir con los requerimientos legales, y empresas que si han sido estructuradas desde un sentimiento humano muy importante. También he tenido contacto con líderes de área muy receptivos, pero también otros que tienen una gran dificultad de relaciones interpersonales. A veces se llega a una intervención y a veces se queda solo en un primer diagnóstico.

En la empresa consultora donde trabajé, tuve la oportunidad de evaluar los factores de riesgos psicosociales en diferentes empresas. Esta empresa consultora tenía sus propias técnicas y herramientas de evaluación, no usábamos la batería del Ministerio. El proceso de diagnóstico funcionaba en algunos pasos: Primero, aplicábamos un instrumento de evaluación cuantitativa para identificar donde y como estaban los niveles de riesgo; segundo, empleábamos la técnica de grupos nominales, con algunos ajustes, para conocer las causas y proponer posibles soluciones con los trabajadores que fueron evaluados, quienes generalmente constituían equipos de trabajo; tercero, los líderes de área gestionaban la viabilidad de las propuestas y

finalmente correspondía a la empresa implementar las modificaciones, es decir hacer la intervención como tal.

En cuanto a la batería del ministerio, a partir de mi experiencia, dicté un seminario de 100 horas para entenderla y aplicarla. Se divide en dos partes; la primera, cuantitativa y la segunda, cualitativa. Esta última parte es sumamente importante porque es la evaluación a profundidad de los resultados que se dan en la parte cuantitativa, y eso no lo hace nadie. Aquí es cuando descubres qué pasa en los procesos de trabajo, porque es cuando te sientas con la gente a conversar. Esto demanda más tiempo y generalmente a las empresas duras solo les gustan los números.

Puedo destacar algunas experiencias exitosas desde mi actuación en el campo de la investigación y consultoría. Hacer un diagnóstico cualitativo a profundidad, me permitió identificar que por ejemplo: la alta demanda emocional de los funcionarios de una taquilla se debía a la ausencia de señalización en el local de trabajo y no a la atención al cliente, porque el 40% de los clientes, que habían hecho una larga fila para ser atendidos por estos funcionarios, se encontraban con que el servicio que ellos buscaban no se prestaba en esa taquilla, entonces se generaba malestar tanto en el cliente como en los funcionarios por falta de un cartel, una intervención aparentemente simple y evidente; saber que los indicadores de los creativos de una empresa mostraban un baja tendencia en las mediciones periódicas, porque estaban haciendo una actividad de soporte a los asesores comerciales de la empresa, lo que no correspondía a sus funciones y por lo cual ellos no eran evaluados, pero que por tratarse de un cliente no se sentían en la capacidad de negarle su ayuda a los asesores comerciales, aquí se requería de una intervención no tan simple como una cartelera, podría ser hasta contratación de personal; saber que en otra empresa la demanda emocional de los trabajadores que hacían atención al cliente, se debía a la generosidad de los asesores comerciales con los clientes, a quienes les ofrecían más de lo que en realidad incluía el servicio que estaban comprando, generando que los clientes molestos se enfrentaran a los funcionarios de atención al cliente, aquí la intervención no dependía de una cartelera o de contratación de personal, tal vez de capacitación.

3.2.3. **NARRATIVA 3: PROCURANDO BRECHAS *COM* A JADDH[67].**

Soy psicóloga especialista en salud ocupacional, desde hace 4 meses trabajo para una ARL y tengo asignadas 3 empresas para hacer la implementación del programa de riesgo psicosocial, 2 son hospitales del estado y 1 empresa de call center. En los hospitales estoy aplicando la batería de riesgo psicosocial del Ministerio y en el call center estamos en fase de intervención.

Anterior a esta experiencia de la ARL estaba encargada de la actualización del sistema para una empresa, pero no se adelantó mucho porque no se le daba la importancia al tema de seguridad y salud de los trabajadores, era más por cumplir el requisito y la ARL de esa empresa se encargaba de la documentación.

En el desarrollo de mis funciones en uno de los hospitales soy más autónoma en mis funciones, llego alisto los paquetes de encuestas, llevo listados de entrega y me voy por el hospital a entregar encuestas a los funcionarios; como ellos están tan ocupados, trato de dejarlas para que cada 8 días me las devuelvan diligenciadas. En el otro hospital si debo esperar a que la persona encargada de seguridad y salud en el trabajo hable con las áreas y encargados para poder ir a aplicarlas.

En el call center, la empresa que había aplicado la batería de riesgo psicosocial, dejo los datos de las áreas en las que más se estaban presentando el riesgo, y que dominios y dimensiones eran los más relevantes, entonces la empresa quiere en este caso que se hagan planes de intervención para mitigar el riesgo, sin embargo, en esta empresa la dificultad es que su mayor población son los agentes de call center, en donde se ve reflejado el mayor riesgo y con ellos no se puede trabajar temas de capacitación, charlas, talleres, porque no pueden salir del puesto de trabajo; entonces, cada martes me reúno con la persona encargada de S.O para proponerle estrategias que permitan brindar información a los trabajadores sobre temas específicos, sin que tengan que salir de su puesto de trabajo. He propuesto folletos, artículos en carteleras, TV en cada piso con información rotativa y manejar un espacio en intranet específicamente de Salud y seguridad en el trabajo que aborde temas enfocados en estrés y relaciones laborales.

Inicialmente tuve inconveniente con esta empresa porque yo les decía que es muy difícil hacer

[67] Nome fictício para garantir o estabelecido no TCLE.

una intervención y que se vea un cambio en los trabajadores, si no se permite abordarlos y sensibilizarlos, pero ellos han sido muy enfáticos en que no se puede trabajar directamente con los funcionarios, así que no he podido tener ningún contacto con los trabajadores; propuse hablar con los líderes de algunas áreas pero hasta el momento no ha sido posible.

Algunas de las estrategias de información que propuse fueron acogidas, otras no, por eso, cada ocho días revisamos matriz de planes de intervención con la persona encargada para que ella me diga cuál es viable. Uno de los temas que propuse fue la participación de los funcionarios, entonces sugerí que en las carteleras informativas se les permitiera incluir artículos de interés, pero que fueran los funcionarios que decidieran los temas de los que querían conocer, esta opción no se pudo ya que ella me decía que posiblemente se iban a proponer temas de religión o temas que generaran controversia y la empresa no podía permitir eso.

También había propuesto hablar con algunos de los funcionarios para validar como se podrían abordar temas específicos, es decir, conocer que quisieran ellos tratar o que consideraban que no se les tiene en cuenta; pero la participación de los trabajadores en la gestión no es posible.

Hasta ahora solo me aprobaron trabajar el tema de ergonomía cognitiva, entonces diseñé un folleto de estimulación cognitiva, con pequeñas actividades de encontrar parejas, descubrir frases y realizar cifras; que incluye una pequeña información sobre la importancia de ejercitar la mente. Se tiene contemplado verificar los efectos que tendrá esta intervención en los trabajadores, pero por el momento no se ha planteado como, posiblemente con una encuesta, pero no se ha definido nada.

3.2.4. **NARRATIVA 4: CONVERSANDO SOBRE POLÍTICAS E EDUCAÇÃO *COM* O THEO[68].**

Soy psicólogo especialista en Gerencia en Salud Ocupacional, he tenido la oportunidad de ejercer en la rama de salud ocupacional en tres empresas, en dos de ellas como analista y en una como coordinador del área de SO.

[68] Nome fictício para garantir o estabelecido no TCLE.

Actualmente trabajo como analista de salud ocupacional, en una empresa donde la mayoría de los cargos son administrativos. Desarrollo actividades referentes a bienestar (administración de beneficios de los trabajadores) y salud ocupacional (manejo el SGSST).

Si mi hermano gemelo me fuera a reemplazar en mi trabajo, con el fin de que no notaran esta substitución, sería necesario que él este actualizado con la legislación vigente en salud ocupacional, porque de ahí es que parten las actividades que debo realizar.

Para hacer mi trabajo, es importante saber el norte de los procedimientos que se realizan en las organizaciones desde los recientes cambios normativos con la ley 1562 del 2012 y el decreto 1443 de 2014, que dieron una estructura más formal a los programas de salud ocupacional que se habían establecido con el decreto ley 1295 de 1994. Estos cambios legislativos direccionan los programas de Salud Ocupacional a SGSST, lo que significa un tratamiento similar a las normas de calidad; incluye la adopción de formatos más estandarizados, algunas actividades parametrizadas y un mayor seguimiento. Esto también aplica específicamente para la gestión de los riesgos psicosociales, enmarcados en la resolución 2646 de 2008.

En Colombia, la mayoría de las organizaciones no tienen implementados estos programas de riesgo psicosocial. En esta empresa donde trabajo, con mi reciente llegada en agosto, empezamos a plantear la posibilidad de hacer la medición con la batería del Ministerio, ojalá[69] para el cierre de este año, e implementarlo como programa de vigilancia epidemiológica para el año 2015 dentro del sistema de gestión de la empresa.

La batería la he utilizado en empresas donde he actuado como psicólogo independiente, haciendo aplicación e interpretación del modelo y en algunos casos algunas propuestas de intervención. Este instrumento está diseñado para ser utilizado en tres momentos: una etapa de sensibilización, donde se explica su objetivo y alcance; aplicación, que es la medición de los riesgos presentes seguido del correspondiente informe; e una tercera etapa en la cual se interviene de acuerdo al resultado.

La batería es el punto de partida que nos da la línea base con la cual podemos nosotros trabajar, pero en el mayor de los casos esa interpretación o esa lectura de la condición de las

[69] No português tem o sentido de *tomara*.

empresas, se queda simple y llanamente en eso, en una evidencia, como en una fotografía de la condición, pero con todas la fotografías, se queda ahí, en la imagen, y nunca o muy pocas veces se hace algo con eso.

Evidencio falta de consciencia de las empresas para intervenir sobre lo que se evidencia en la batería. Desde mi experiencia, sea como psicólogo consultor o psicólogo vinculando directamente a las empresas, nunca he hecho parte de un equipo de intervención de riesgos psicosociales.

Pienso que es necesario un trabajo de educación y de conciencia; de la misma manera que se lleva más de 30 años mostrando en las empresas que existe un riesgo relacionado con higiene, seguridad industrial y medicina laboral, hace falta enseñarles que el riesgo psicosocial es un riesgo tangible y que es necesario tener en cuenta para poder, en algún momento, intervenirlo. Contarlo en el día a día de nuestras necesidades y de las necesidades de los trabajadores.

Pienso que el papel principal del psicólogo, está en la interrelación directa con las necesidades de los trabajadores y con la capacidad de comprender, analizar e modificar esas percepciones y esas necesidades en un sentido de salud y bienestar.

El reto más grande del psicólogo, está dado en el momento en el que está inmerso en la organización, y debe dar los grados de conciencia necesarios a la empresa, para que realmente tenga en cuenta ese riesgo.

Por ejemplo, cuando llego a esta empresa, lo primero que me mencionan es que en salud ocupacional no hay que hacer mucho porque no hay grandes riesgos; y cuando yo me siento a leer lo que tienen diseñado en salud ocupacional, me doy cuenta que todo está enfocado a riesgos de seguridad industrial y medicina del trabajo. Sin embargo, cuando involucro el tema de riesgo psicosociales, yendo más allá de lo que la empresa me manifiesta y tiene diseñando, me doy cuenta que es todo lo contrario a la percepción que ellos tienen, porque tal vez el riesgo psicosocial es el riesgo menos evidente y más difícil de medir y controlar; y me doy cuenta que mi trabajo y mi papel en este momento va a ser mudar toda la percepción que ellos tienen relacionada con el bajo riesgo de su organización y de sus trabajadores, a un riesgo más alto y a la notoria necesidad de intervenirlo.

Gestionar los riesgos psicosociales surgió de mi iniciativa y no de la demanda de la empresa; y lo que me indicó la necesidad de abordar este tema fue la conjunción de tres de momentos o de tres situaciones específicas: lo que mi experiencia me da (formación, criterio, habilidad

profesional), lo que es la realidad de la empresa que estoy tocando en un momento determinado y la percepción de la misma empresa.

La receptividad de esta empresa para trabajar los riesgos psicosociales está siendo mayor, porque en la empresa que trabajé como coordinador no era tan fácil gestionar sobre la gerencia y sobre las necesidades de la empresa, en ese momento no se pudo hacer nada, simple y llanamente porque la gerencia no quiso, no lo vio como necesario, le pareció que era perder el tiempo y que era un presupuesto que no estaban dispuesto a ejecutar para este tipo de programa. Entonces decidieron quedarse con los riesgos relacionados con higiene y seguridad y medicina del trabajo.

Casi siempre, la receptividad de las empresas, está ligada a los costos que represente y no solo costos en cuento inversión económica directa, sino también costos en cuanto a tiempo y esfuerzo para poder ejecutar el programa. Entonces el éxito de que nos aprueben este tipo de propuesta y de cambios ante el abordaje del Sistema de Seguridad y Salud, depende de que tan barato y que tan efectivo, pueda o sea yo capaz de presentar el programa.

Aquí en Colombia tenemos una ventaja y es que con las nuevas normas, tenemos mucho más apoyo en cuento a la intervención económica por parte de las ARLs. Entonces digamos que el costo podría ser casi cero en este tipo de intervenciones. Pienso que es fácil ejecutar, si logramos no generar un impacto tan alto en cuanto a la relación costo-beneficio; y si a esto le sumamos programas o diseños de intervención lo suficientemente efectivos, como para que no sea difícil o no queden cabos sueltos, creo que podemos hacerlo de una manera eficiente.

Existe una diferencia teoría y práctica, en cuanto al papel del psicólogo en las empresas, pienso que no necesariamente el hecho de que exista una necesidad por parte de la empresa, significa que ellos van acoger todo lo que esa necesidad traiga consigo; además la necesidad inicial de las empresas es cubrir un puesto que tenga competencias necesarias para ejecutar ciertas cosas, no necesariamente tiene que ser un psicólogo, si hubiera llegado un administrador con la licencia, les hubiera funcionado. Digamos que la licencia es la necesidad puesta en manos de quien no es tan necesario para las empresas. Si el psicólogo quiere darle valía a su trabajo en la empresa, tiene unos restos grandes, porque de hecho, si no fuera por la necesidad que tienen las empresas de cumplir con la ley 2646, el psicólogo no sería un perfil indispensable dentro de la salud ocupacional.

En Colombia, todavía hay una lectura de salud ocupacional un poco precaria en las

organizaciones. De alguna manera no es un valor agregado, en muchas organizaciones, el hecho de que tú seas psicólogo y como tal lo enfoques. En el campo de investigación, la valía de los perfiles de formación de las personas es muy marcada; en el contexto laboral, no tanto, me refiero a las organizaciones puntualmente; ahí entran a jugar otros factores mucho más relevantes para las organizaciones, como son las competencias de las personas que están sentando en los cargos determinados. Entonces es mucho más útil una persona, que pueda ser un psicólogo que tenga competencias relacionadas con servicio al cliente, con administración de personal, con ejecución de programas y con conocimientos específicos en la necesidad del momento, que pueden ser salud ocupacional, o selección, o desarrollo, o lo que sea; pero no están enfocadas al 100% como a un criterio de valor, en cuanto al psicólogo con formación en salud ocupacional, y por ende tampoco le dan la cabida a los programas al 100%.

En cuanto a las expectativas de los trabajadores, frente al psicólogo con licencia en SO, éstas son nulas, porque ellos no saben que ese es un requisito para hacer algo.

Mi objetivo como psicólogo con formación en SO es desarrollar los modelos que permitan mejorar las condiciones y percepciones de bienestar y de calidad de vida de todos los que tocan una organización; independientemente de para quien sea (trabajador o empresa).

Si mi trabajo lo realizo pensando en el trabajador, mi objetivo no es la notoriedad frente a los trabajadores de como mejoro las condiciones de trabajo para que ellos estén bien, sino el resultado final, es decir, ese cambio o mejora que hubo, que no necesariamente lo hago informándole al trabajador porque no siempre hay una intervención directa o conocimiento directo de los trabajadores, y menos en este tipo de empresas, en donde no hay un riesgo manifiesto y es muy difícil que ellos noten que hay un cambio en la seguridad. Entonces, muchas veces un simple cambio en los líderes o un cambio en la manera como se abordan algunos temas o una serie de programas que están construidos por detrás de la ejecución de todo de lo que ellos hacen, puede funcionar.

Si hago mi trabajo pensando en la empresa, pues lo que hago es disminuir los riesgos para que ellos incurran en faltas graves o en omisiones graves, en cuanto a lo que deben brindar y como deben estar; y si lo hago enfocado a los trabajadores, creo que la herramienta es a través de los modelos en la manera como se ejecuten las cosas para que ellos estén bien.

Dentro de las organizaciones, Identifico tres obstáculos para lograr este objetivo: La educación de las personas, el presupuesto y las políticas de administración. En cuanto a

educación me refiero al desconocimiento de las empresas frente al riesgo psicosocial, y también, a la falta de autogestión y autocuidado de los trabajadores, porque muchas veces la ejecución o éxito de los programas no es impedida por la empresa sino por los mismos trabajadores.

En cuanto a las políticas administrativas, me refiero a que a las empresas más que importarles las condiciones de los trabajadores, les importa su propio desarrollo, que depende de la articulación entre sus procesos con su misión y visión. El tema de la salud ocupacional, es para ellos una arandela que asumen por los requerimientos de ley, pero es un tema que no entienden, no les gusta y además les cuesta. Es imposible o difícil encontrar empresas que desde su comienzo contemplen al 100% una política de cuidado de sus trabajadores.

Identifico que los procesos de administración de personal y gestión de riesgos psicosociales se complementan y hacen parte de una buena lectura al momento de contratar una persona; porque si selecciono una persona que no tiene las competencias ni las condiciones físicas (desde el criterio de la medicina del trabajo) necesarias para ejecutar las labores para las cuales la estoy contratando, le estoy generando un riesgo, y si a eso le sumo, el no prestarle las condiciones necesarias dentro de la organización, le termino de generar el riesgo.

Si estos tres sistemas no se complementan (la selección, las necesidades de la empresa y la persona que estoy trayendo a trabajar en la empresa) lo que estoy haciendo es cometer un sin número de errores, que van a hacer con que, ni el individuo ni la empresa puedan mejorar su condición y su calidad. Por esto, la lectura tiene que ser bidireccional; no solo pensar en el trabajador, sino también en la organización.

Hay un éxito, y pienso que se ha marcado mucho en el desarrollo de algunas empresas, y es la posibilidad de gestionar lo administrativo con la salud. Porque la disparidad entre estos dos enfoques limita el desarrollo de la cultura de salud ocupacional. Por ejemplo, en el sector hidrocarburos donde los riesgos son mayores, surge la preguntan, ¿Cómo hago que esta persona tenga que extraer tantos kilos, sin que se dañe la salud?, entonces entra la lucha y la contraposición entre la parte administrativa, donde yo tengo que ejecutar presupuesto, tengo mostrar resultados, tengo que mostrar una producción determinada; contra la parte de salud ocupacional, en donde yo tengo que cuidar a la persona y tengo que no exponerla y tengo que darle menor carga; entonces se vuelven sistemas de gestión de papel, pero que en la realidad no funcionan. Pienso que es posible y además necesario, articular el sentido de estas ejecuciones.

Creo que el tema de salud de los trabajadores desde la gestión de riesgos psicosociales, es como un niño chiquito, que está creciendo y que a medida que va creciendo va madurando, abriendo espacio y desarrollando criterio y una voz lo suficientemente fuerte como para ser escuchada en los diferentes ámbitos. Pienso que le falta mucho por temas de educación y contextualización. Probablemente ese niño llegue a ser un adulto muy bien conformado, muy bien constituido, muy bien argumentado y con un espacio ganado por valía propia.

Cuando me refiero a contextualización, es porque siento que ésta área se está desarrollando mucho desde la parte investigativa y desde la parte normativa, pero no se está amalgamando a las necesidades de las organizaciones en un contexto real. Lo digo porque hacer una evaluación anual de factores de riesgos psicosociales en las empresas, como lo exige la resolución 2646, está mostrando que no se está leyendo en contexto como es que funciona el tema, porque lo único que se está logrando es impidiendo que las empresas desarrollen un programa con una planeación y una ejecución adecuada, ya las empresas están dedicándose a cumplir la norma de medir, pero no están implementando nada; y un programa de esa magnitud y de esa transcendencia no se desarrolla en un año y pienso que el impacto del mismo desarrollo, tampoco se evidencia en un año. Entonces vuelvo a mencionar el contexto, porque es la base fundamental sobre la cual se pueden ejecutar los programas.

Además de lo que ya mencioné como falta de educación (falta de autocuidado e autogestión), los trabajadores no participan en la gestión de sus riesgos por interés sino por cumplimiento de ley. El COPASO está constituido por personas que ni saben cómo gestionarlo; entonces las personas que lideran el SGSST terminan orientando al COPASO, lo cual no debería ser, porque se supone que el COPASO es un ente autónomo que actúa como veedor del Sistema.

Si se quiere que el trabajador haga parte de su propia gestión, para mejorar sus condiciones, tiene que partir de una educación base, que no debe ser impartida únicamente en el momento de involucrarse con un sistema laboral formal, sino que tiene que ser algo que parta desde la infancia de las personas; que se apropien y que logren interiorizar los conceptos de seguridad y salud, desde que son pequeños. Entonces es un tema de educación que debe ser impartido a toda la población, no solo desde que forman parte de un sistema laboral sino desde que son pequeños, desde que comienzan a constituirse como individuos.

Esto es una labor que debe abarcar diferentes profesiones y diferentes ámbitos de formación; los educadores son parte constituyente del sistema de desarrollo de los principios y las necesidades de los individuos y pienso que todas las profesiones pueden llegar a ser parte de

ese cambio o de esa orientación. El psicólogo está diseñado para que intervenga en el momento que hay algo para modificar o para regresar a la norma, o a la necesidad o a lo que sea, pero lo que yo planteo no es para un momento de intervención, sino para un momento previo, entonces ahí, no solo el psicólogo debiera participar; si ya toca intervenir, modificar o cambiar algo dentro de la organización, pues pienso que podría participar el psicólogo, pero para mí es algo que es una participación de muchos actores en momentos previos; desde la familia, desde siempre.

3.2.5. **NARRATIVA 5: UMA EXPERIÊNCIA INDEPENDENTE *COM A* PAULA[70]:**

Soy psicóloga, especialista en salud ocupacional hace 10 años y medio. Trabajo como independiente; los últimos 4 años me he dedicado exclusivamente a riesgo psicosocial en los sectores de hidrocarburos y salud, especialmente. Anteriormente hacía organizacional, asesorías y capacitaciones en salud ocupacional.

En mi experiencia con las empresas, identifico que la demanda inicial que tienen de mi trabajo es el cumplimiento legal. Ellos desconocen todo el trabajo y los requerimientos que tiene un Programa de Vigilancia Epidemiológica, piensan que es un programa en el que se aplican los cuestionarios y listo.

Frente a las expectativas, las empresas tienen temor respecto al manejo de la información, el manejo de las expectativas de los trabajadores respecto al programa, la entrega de los resultados y el seguimiento.

Aclaradas las dudas con la empresa y cuando por ésta se decide iniciar el diagóóstico, genero un cronograma de trabajo, usualmente la metodología que uso, es el PHVA. El hacer es la aplicación de los cuestionarios y la elaboración de los informes. En la V el seguimiento a los trabajadores que tienen riesgo psicosociales altos a nivel individual. Y el acompañamiento si la empresa lo desea a la puesta en marcha de las actividades para la mitigación de los riesgos a nivel grupal. Usualmente estas actividades no las realizo yo sola, pues se requiere de muchos más actores para que sea efectivo el trabajo.

[70] Nome fictício para garantir o estabelecido no TCLE.

La información que se genera de este programa es un informe para la historia clínica de cada uno de los trabajadores participantes; yo busco darle a cada uno su retroalimentación, donde defino el riesgo psicosocial para cada uno y les doy sugerencias de seguimiento.

Siempre conservo la confidencialidad de los resultados individuales. Esta es una de las grandes expectativas de los trabajadores, a pesar que ellos firman un consentimiento informado en cada paso del programa, hay personas que participan pero creen que alguien de la empresa va a conocer sus resultados y sus respuestas a cada una de las preguntas.

Otra de las expectativas es que realmente se le entreguen los resultados; a ellos les gusta recibir sus resultados, y es crear confianza en el proceso. Usualmente lo agradecen mucho, ellos se llevan sus resultados en físico, con mi firma y sello. Esto hace el proceso muy personalizado.

La retroalimentación, es individual, con cita previa, usualmente el trabajador no habla mucho, pues mi objetivo es contarle como está estructurado el informe y como se interpretan los resultados, porque es mucha información y si no se entrega apropiadamente puede ser muy negativo para el trabajador, e incluso para la empresa. Por tratarse de la historia clínica del trabajador los términos psicológicos pueden ser mal interpretados, porque muchos los podemos usar inapropiadamente o no a profundidad en lo cotidiano; y cuando se observa el resultado final se puede dar para generalidades poco sanas. Usualmente los trabajadores al terminar la retroalimentación me dicen: "entonces doctora, ¿no estoy loco?"

Por otro lado, a la empresa le entrego un informe estadístico con los resultados de cada una de las dimensiones y dominios y les doy dos tipos de sugerencias para la mitigación del riesgo: unas generales, adaptadas a la realidad de la empresa, para que impacten a toda la organización; otras individuales, para el grupo de alto riesgo identificado con las encuestas. A la empresa le muestro el % de trabajadores con los que se va a trabajar y con el médico de la compañía se trabajan los detalles de la intervención individual.

Las retroalimentaciones que hago para la empresa y los trabajadores son articuladas en la intervención, porque usualmente la empresa permite reunir a los trabajadores por grupos y a cada grupo les muestro los resultados de su grupo Vs. el de la compañía en general. Además les muestro el plan de acción, así todos logramos hablar el mismo lenguaje y aclarar todas las preguntas que durante el desarrollo del programa hayan surgido.

La mitigación son las actividades que la empresa asume de mis sugerencias, u otras que

decidan realizar para mejorar las condiciones laborales de sus empleados. En la intervención individual, si la empresa lo permite, lo hago solamente con el trabajador, hay empresas que no permiten que yo haga el seguimiento por costos u otros motivos. En ese caso le entrego la responsabilidad del seguimiento al médico. La empresa define finalmente: recursos y cronograma; y me debo ajustar a estos. En caso que no se realicen actividades para la mitigación de los riesgos psicosociales, debo informarle a la empresa las implicaciones que esto puede tener.

La intervención individual, tiene más una orientación a las necesidades de la persona, como terapia breve; sin embargo, si veo que la persona requiere acompañamiento por psicología clínica, busco alguna estrategia para remitirlo.

En algunas de estas intervenciones individuales, he identificado que no se trata del trabajador sino de condiciones de trabajo que la empresa debe mejorar; cuando son condiciones laborales debo buscar con el trabajador las posibles estrategias para su mitigación; y si es necesario, genero unas recomendaciones para el cargo, que la empresa debe cumplir. Algunas veces las empresas las cumplen; sin embargo, el informe es un soporte que tiene el trabajador, en caso que la empresa no haga nada y se produzca una enfermedad laboral. Están todos los soportes.

Desde hace 4 años que salió la batería del ministerio es obligatorio usar este instrumento para identificación de factores psicosociales; aunque la norma es de 2008. He visto que existen otras herramientas, pero como no están validadas para el país, no las he usado.

Pienso que la batería, más que la Resolución 2646, cambio mi forma de trabajar; por la claridad que da en el hacer las cosas. Antes estaba la norma pero no había un buen estándar que permitiera ir más allá del Dx. Llevando a que cada psicólogo ocupacional hiciera como creía que estaba bien realizarlo; Y habían psicólogos, aún los hay, que en su portafolio ofertan este tipo de diagnósticos, sin ser ocupacionales. Usualmente no se conoce una diferencia clara entre las mediciones de clima organizacional y factores psicosociales; eso hace que si no es claro para los psicólogos, es difícil que las empresas la conozcan.

No le cambiaría nada a la normatividad en riesgo psicosocial. Según lo que ella plantea, logro hacer todo lo que me corresponde a mí; algunas empresas no lo hacen. Lo único es que la Resolución dice que la medición se debe hacer cada año; y para lograr cambios y una buena intervención, se requiere más tiempo.

Encuentro limitaciones en algunas empresas, pero sé que hago lo que debo hacer para ayudar

a los trabajadores, pero no todo depende de mí; y eso lo tengo claro, también hay muchas personas que no quieren cambiar nada, aunque sepan que requieren un cambio y depende también de ellos. Tampoco puedo hacer mucho al respecto, es como en la parte clínica, si el paciente no colabora, por mucho que uno haga nada cambia. Para mí, es muy claro mi rol. Y doy sugerencias, pero no todo depende de mí.

Si tuviera una hermana gemela, es un poco difícil decir que instrucciones le daría a ella para que hiciera mi trabajo y no perciban mi substitución, porque se trata de un proceso, no es una visita y ya. Inicialmente, miro cuales son las expectativas de la empresa, porque lo que hago generalmente es prevención - identificación de factores psicosociales. La demanda para el Dx de factores psicosociales es muy alta, tanto por parte de las empresas como de las ARLs. Otra cosa es que la ARL solicite el estudio de puesto de trabajo, por una presunta enfermedad laboral por factores psicosociales, eso también lo puedo realizar, pero no es el grueso de mi trabajo.

Para mi es claro el cumplimiento legal que debe tener cada empresa con el tema, pero también para mi es importante ajustarme, hasta donde sea posible, a la necesidad y presupuestos que tenga la empresa; eso hace que el trabajo sea dinámico y agradable para la empresa, para los trabajadores y para mí.

3.2.6. **NARRATIVA 6: CONSULTORIA *COM* A MAIARA ELY[71].**

Soy psicóloga especialista en psicología organizacional y en salud ocupacional, trabajo en un centro de investigación que tiene una doble misión; en primer lugar, dar asesoría y consultoría a empresas en temas de psicología organizacional; y en segundo, producir y divulgar conocimiento científico sobre ese tema en Colombia.

Nosotros, en el 2009 después de que salió la resolución, empezamos a empaparnos del tema y a diseñar una batería para evaluar factores de riesgo psicosocial, por esta razón hice la especialización y soy una de la principales encargas del tema.

Mi trabajo consiste en asesorar las organizaciones prestando el servicio de diagnóstico de

[71] Nome fictício para garantir o estabelecido no TCLE.

factores psicosociales, presentando los resultados de las mediciones y recientemente haciendo intervenciones con algunas organizaciones, basándome en una experiencia amplia sobre gestión del clima organizacional, que hemos tenido en la empresa donde trabajo.

La medición de factores de riesgos psicosociales, lo que permite es saber hacia dónde me debo orientar e identificar los grupos más prioritarios para intervenirlos, porque generalmente, las empresas no tienen plata ni tiempo para intervenir a todos los grupos.

La batería que nosotros utilizamos tiene cosas en común con la del Ministerio e incluye otros aspectos. En primer lugar, un grupo de expertos de la empresa, que pueden ser personas de salud ocupacional, gestión humana y algunos jefes de la empresa, evalúan los cargos que hay en la organización con una herramienta que evalúa cinco aspectos: económico, si están definidos los criterios para asignar beneficios económicos; individual, si está bien definido el perfil de la persona que va a llegar a desempeñar el cargo; social, que clase de relaciones sociales debe establecer la persona en su cargo y organizacional, que tanta claridad existe en la definición del cargo en relación con a las funciones y niveles de autonomía que las personas tienen en el mismo.

Paralelamente las personas (todos los trabajadores) responden una prueba que evalúa como se perciben esos aspectos del trabajo y también evalúa algunas condiciones individuales como autoeficacia, estabilidad emocional, algunos factores extralaborales como la utilización del tiempo libre y la situación económica del grupo familiar y algunos efectos asociados con los factores de riesgo psicosocial como sintomatología percibida.

Las empresas demandan este servicio porque son clientes de otros servicios que nosotros prestamos, como el estudio de clima organizacional, o porque son contactadas por el área comercial. Este servicio está teniendo bastante demanda por la obligación legal.

Pienso que las empresas no comprenden muy bien el tema y por eso lo ven más como una obligación legal. Para mí, constituye un logro y un desafío que las empresas entiendan el tema de riesgos psicosociales. Cuando presento los resultados de la evaluación, a muchas empresas les gusta porque se dan cuenta que obtienen mucha información útil sobre sus procesos de gestión humana y salud ocupacional, que les sirve para hacer cosas. Realmente lo que uno evalúa es eso, el impacto que esos procesos están teniendo en las personas.

Las intervenciones las hago en sesiones grupales, estos grupos corresponden a equipos o áreas de trabajo de la empresa y participan los trabajadores que fueron identificados como críticos

en la evaluación. El objetivo es buscar explicaciones a las situaciones más críticas del estudio y proponer soluciones con el mismo grupo, para realizar un plan de mejora que es ejecutado por los participantes y hacer recomendaciones a nivel organizacional. Es decir, las intervenciones no son prediseñadas de acuerdo a niveles de riesgo.

Identifico que los trabajadores son muy receptivos frente a estas intervenciones y ven como un beneficio el solo hecho de poder hablar y ser escuchados sobre lo que les causa malestar; ellos sienten que se desahogan.

A veces a las empresas les da temor hacer el estudio; temen que los trabajadores, basándose en los riesgos psicosociales, empiecen a hacer muchas reclamaciones, iniciar procesos de calificación por enfermedad laboral o situaciones similares. Le tienen mucho miedo a hacer el estudio donde hay sindicatos, porque sienten que el sindicato se va a aprovechar de eso para pedir cosas o hacer demandas.

En una empresa que asesoré, me di cuenta que había dos o tres procesos de calificación de origen de enfermedad por estrés laboral, pero nunca los trabajadores o sindicatos nos han solicitado el resultado del estudio de las personas que están en proceso de calificación.

En cuanto a la intervención, las empresas no tienen muy claro el tema, nos llaman para que les coticemos un tallercito, generalmente de estrés; nosotros les explicamos que eso no les va a servir de nada. Ellos enfocan las actividades para trabajar sobre la persona y no se preocupan por trabajar sobre la fuente, sobre el factor de riesgo psicosocial como tal, sino por darles elementos a las personas para que soporten esos factores de riesgo.

Mi asesoría está orientada a intervenir los factores de riesgo más que a las personas; si sale una alta carga laboral, mi orientación es indagar que está sucediendo en los procesos y no hacer una charla de estrés laboral, que es lo que hacen las empresas, como si el problema estuviera en las personas y no en la sobrecarga. Creo que esa posición frente a la intervención, no es efectiva ni para las empresas ni para los trabajadores. Hay mucha oferta para las empresas de este tipo, no digo que no sirvan esos talleres, pero por más estrategias de afrontamiento del estrés, que yo le dé a un trabajador, si él está sobrecargado, finalmente se va a estresar.

A las empresas a veces no les gusta que la intervención implique modificaciones en los procesos, más si están relacionadas con asignación de recursos económicos; sin embargo, no siempre las intervenciones requieren este tipo de recursos porque las propuestas de

mejoramiento generalmente no se tratan de modificaciones costosas sino de repensar los procesos. Se les pide a los grupos que diseñen estrategias viables teniendo en cuenta los recursos de la empresa; por ejemplo, frente a una carga laboral grande pueden surgir propuestas como contratación de personal, pero también se puede pensar en que no todas la personas del área asistan a una misma reunión, y con esto se logra tener más tiempo para realizar el trabajo.

El desafío que identifico en mi trabajo es que las empresas comprendan bien el tema de riesgos psicosociales, que entiendan que el riesgo no está en la persona; que en la intervención, los talleres que se hagan con los trabajadores pueden ser útiles pero la empresa debe hacer cambios en la organización.

El que sea un requerimiento legal, facilita que las empresas se preocupen por medir y gestionar los factores psicosociales, porque les da miedo que llegue el Ministerio y les ponga una multa, pero, muchas veces no se sientan a pensar de verdad para que les sirve ese estudio, sino: "voy a hacer lo mínimo para que no me pongan una multa en el Ministerio".

Pienso que otra dificultad que hay en las empresas, es que las personas de salud ocupacional no entiende mucho el tema de factores psicosociales y las personas de gestión humana generalmente no saben mucho de salud ocupacional. En las empresas donde logran articularse los procesos de gestión humana y salud ocupacional, los resultados de la intervención son más exitosos.

En cuanto al impacto de evaluación e intervención de factores de riesgos psicosociales en la salud de los trabajadores, no he tenido la experiencia de realizar una medición, lo que se ha hecho es medir el clima organizacional después de la intervención, y en este aspecto se han evidenciado mejoras importantes. Este es como el tipo de verificación que se hace de la efectividad de la intervención. Adicional hago un seguimiento con los jefes y los grupos de intervención para corroborar que si están cambiando las cosas, que sientan que están mejorando y reevaluando que tan buenas son las estrategias que se propusieron o sino proponiendo otras.

Al nosotros ser consultores y no pertenecer a la empresa se tienen ciertas limitaciones, porque hay empresas que contratan nuestros servicios y aunque el servicio incluye esa segunda parte de seguimiento, a veces las empresa no genera ese segundo espacio.

No he tenido la experiencia de que la demanda para trabajar factores psicosociales parta de los

trabajadores o sindicatos directamente. En cuanto a demanda de los trabajadores, recuerdo una universidad que demandó nuestra intervención por la presión que ejerció el comité de convivencia laboral y el COPASO para que desde el área de salud ocupacional hicieran algo con los resultados de la medición que ellos obtuvieron.

En cuanto a sindicatos, conocí una empresa en la que tenían temor a que el sindicato saboteara la intervención. Por lo que la empresa pidió que nos reuniéramos con los sindicalistas para resolver sus dudas; ellos tenían miedo de ser identificados, pero al explicarles el criterio de confidencialidad según la normatividad vigente, fueron receptivos, e incluso las áreas que tenían mayor representación sindical fueron las que más participaron en la evaluación; sin embargo, en esta empresa no nos contrataron para hacer la intervención.

Yo creo que nuestro trabajo puede lograr cosas, pero los psicólogos no estamos muy preparados y no sabemos mucho del tema. La resolución lo que exige es que se tenga la licencia para ejercer en el campo, pero cuando yo hice la especialización en salud ocupacional, que es lo que nos da la licencia, mi capacitación en el tema fueron 16 horas, entonces ha sido más un proceso de autoaprendizaje y la oportunidad de estar en las empresas. Si no tuviera la convicción de que de que los psicólogos podemos impactar muchísimo la calidad de vida de las personas trabajando este tema, seguramente no estuviera trabajando en esto; pero si me parece que es un reto para los psicólogos formarnos en el tema. Realmente en la universidad no se aprende nada de esto, no sé si se está incluyendo en los pensums actuales. Trabajar en esto es un reto, un campo profesional muy chévere y una oportunidad muy bacana, que nos va abrir más campo.

3.2.7. **NARRATIVA 7: LUTANDO CONTRA O EFEITO DOMINÓ *COM* A NICE[72].**

Soy psicóloga egresada en octubre de 2011. En enero del 2013 ingresé a la maestría en salud pública y curse el primer año que corresponde a las materias; actualmente estoy en el segundo semestre de la especialización en higiene y salud ocupacional que comencé en enero de 2014.

Cuando estaba en el pregrado había unas materias optativas en psicología y salud

[72] Nome fictício para garantir o estabelecido no TCLE.

ocupacional, y como yo estaba interesada en la parte organizacional, pues me pareció interesante inscribirlas, y cuando las inscribí, me gustaron mucho. De ahí, decidí hacer mis prácticas y mi tesis en ese tema.

Cuando salí y empecé a buscar trabajo, en organizacional pedían experiencia en selección, cosa que yo no tenía; y en ocupacional, me pedían una cosa que se llamaba "licencia en SO", que yo en mi vida había escuchado. Fueron como nueve meses en esa búsqueda, mientras tanto, trabajé en un proyecto de la universidad en psicología jurídica, en la parte de investigación. Entonces, sucedió un milagro: me recomendaron con alguien que requería una psicóloga que conociera de salud ocupacional.

La oportunidad que se presentó era para trabajar con una psicóloga especialista que trabajó mucho tiempo con una ARL, un día decidió independizarse y montó su propia empresa de consultoría en psicología ocupacional para brindar servicios a las ARLs. Para ella, aunque yo no tuviera la licencia, mi formación era suficiente. Claro que habría muchas cosas que tendría que aprender, pero que por lo menos tenía las herramientas para hacerlo. Estoy en ese trabajo desde entonces, julio de 2012.

Mi contratación se dio con urgencia porque mi jefe se iba de vacaciones un mes fuera del país y tenía procesos que no podía detener. Como yo no tenía experiencia (que no fuera académica), ella me entrenó para continuar con dos importantes empresas de tecnología y de energía; en una, estaban haciendo la descripción de cargos y perfiles como parte del proceso de intervención en riesgo psicosocial; en la otra, apenas iban a empezar la evaluación.

Una de las cosas que me pasó, es que cuando empecé a trabajar me di cuenta que aunque tenía formación específica en esa área, había muchas cosas de legislación y normatividad de las que yo no tenía ni idea. Eso debido a que el docente con el que trabajé estaba más interesado en la investigación que en otra cosa, entonces poco o nada le importaba lo que el Ministerio dijera o hiciera.

De ahí en adelante empecé a aprender (y después a hacer sola) las actividades de evaluación de riesgo psicosocial, algunas de capacitación que es lo que menos me gusta en el mundo, y empecé a trabajar con programas de vigilancia epidemiológica psicosocial. También en procesos de gestión humana (perfiles, evaluación de desempeño).

Las empresas que nos remiten las ARLs son del sector privado y suelen hacer el requerimiento, más que por convicción de que es importante mantener la salud de los

trabajadores y blablablá..., porque quieren certificarse en calidad o frente a organizaciones que auditan salud, seguridad, ambiente y calidad. Entonces, tienen que cumplir con la ley. Cuando mi jefe me entrevistó para este cargo, yo había escuchado algo de las normas, pero no tenía ni idea del instrumento de evaluación del ministerio ni menos de las certificaciones en calidad.

No planeaba hacer la maestría en Salud y trabajo a corto plazo, quería hacerla por gusto, por conocer más, porque de verdad que el tema me atraía y quería hacerla en el exterior pero claramente no tenía hoja de vida para hacer el intento. Mientras esperaba hacer algo de experiencia para presentarme más adelante, gané un cupo en un programa de posgrado de mi Universidad por haber obtenido uno de los mejores promedios de mi carrera al momento de graduarme, pero debía tomarlo a más tardar un año después de graduarme. Cuando la resolución salió ya me quedaban menos de seis meses.

De los programas de posgrado que me interesaban, estaban la maestría en seguridad y salud en el trabajo y la de salud pública; pero en la de SST (la que más me interesaba y me podía dar la licencia) tendría que trabajar con el mismo docente porque era el único psicólogo que trabajaba ese tema allá. En la de SP no tendría la licencia, pero sabía que podría enfocarme en el tema y bueno, lo que yo quería más que nada era aprender. Entonces me presenté a SP.

La cuestión es que en el trabajo, empezaban a presionar con el tema de la licencia; no tanto mi jefe, sino las empresas. Si ella podía, me enviaba y ya, pero había empresas y ARLs que requerían mi hoja de vida con licencia antes de aceptarme, o peor, que me la solicitaban para la auditoría después de que yo ya había hecho el proceso. Yo ya había llamado a la SDS para preguntar si el título de Salud Pública me servía y me dijeron que no; y como cada vez más empresas hacían el requerimiento, tuve que considerar hacer la especialización.

Eso nuuunca estuvo dentro de mis planes, pero empezó a pasar que mi jefe me decía "uuuy, no te puedo enviar a esa empresa porque me piden alguien con licencia" o "ese proceso es sólo con licencia, nos metemos en un lío si se dan cuenta que no la tienes". Entonces, para cumplir con este requerimiento que viabiliza mi ejercicio profesional, tuve que aplazar por un año la maestría, que es el tiempo que dura la especialización.

Pienso que este requerimiento es un obstáculo porque yo vengo trabajando este tema hace tiempo y conozco psicólogas que, con licencia y todo, no conocen de muchas cosas que se supone deberían saber; pero creo que la dificultad no está en la resolución 2646, sino en la

formación, porque después de todo, sí es bueno, contar con esta ley como política que regula el ejercicio del psicólogo en este campo. Definir que un "experto" es un psicólogo especialista, es una disposición importante como mecanismo de control, pero está siendo perjudicada porque las universidades quieren hacer negocio de eso, no sólo del psicólogo especialista, sino del profesional especialista. Con decirte que en la Universidad entramos entre 70 y 80 personas ese semestre. ¿A una especialización? Por Dios santísimo, qué grosería. Aaaaah, esa no es la mejor parte, nos dividieron en tres cursos, en uno de los cuales, el módulo de riesgo psicosocial fue dictado por un ingeniero industrial.

Entonces, una "especialización en salud ocupacional" donde uno ve de todo, no brinda la información suficiente y necesaria en "psicología ocupacional". En mi programa curricular, vi sólo un módulo de riesgo psicosocial impartido en cinco clases. Para mí el módulo fue productivo sólo porque podía plantear todas las dudas que me surgían del trabajo, pero más allá de eso, en términos de contenido, no vi muchas cosas nuevas. Los otros módulos que medianamente aportan, son los de epidemiología y vigilancia epidemiológica, que tienen mayor intensidad horaria pero no son enfocados en riesgo psicosocial. Un psicólogo que nunca ha trabajado en eso, entra a una especialización y sale con licencia, pero no sale siendo "especialista"; y me frustra mucho encontrarme en el trabajo con gente así.

En cuanto a la resolución 2646, como política que insiere responsabilidades frente a los riesgos psicosociales, pienso que sí se abrió un campo de acción para los psicólogos, porque creó esa necesidad en las empresas. Aunque para mí no hay antes o después de la norma porque cuando salió yo estaba estudiando, entonces no sé cómo era antes, ni sé cómo habría sido de no existir. Pero esa norma es la que me da trabajo y me cae bien, sobre todo porque es un argumento con los empleadores, que creen que eso no les toca.

En mi trabajo no todos mis días son iguales y eso es algo chévere del trabajo. Pero sí hay muchos procesos que se repiten. Si tuviera una hermana gemela y ella me fuera a reemplazar sin que mi jefe o las empresas lo percibieran, lo primero que ella debería hacer, es revisar mi agenda; si tengo citas programadas y en dónde y para qué. Puede que sea una sola visita, o dos o tres o ninguna. Las visitas a las empresas son para:

1. Programar: cuando hasta ahora voy a conocer la empresa y a mirar cuál es el requerimiento exacto; ese día dejar hecho como cronograma o por lo menos unas fechas iniciales para ejecución.

2. Aplicaciones: para aplicar cuestionarios para la evaluación de riesgo psicosocial.

3. Entrega de resultados: del diagnóstico.

4. PVE: para ajustar, o entregar el programa de vigilancia.

5. Capacitación: yo las hago generalmente en riesgo psicosocial y acoso laboral; algunas en competencias personales como trabajo en equipo, comunicación, pero esas son las que menos me gustan y mi jefe sabe y sólo me las asigna cuando no hay nadie más que las haga.

Si no tengo visita, igual hay que revisar en la agenda qué entregas tengo pendientes esa semana para quedarme en la casa haciendo los documentos. Casi siempre son informes de riesgo psicosocial (cuestionarios, grupos focales), PVE, perfiles o esos procesos de gestión humana, y a veces preparando capacitaciones, si no las tengo; o informes de cualquier otra cosa que se les ocurre a las empresas: horas extras, ausentismo, así.

Y, mi hermana gemela tiene que sacar tiempo para responder correos y hacer llamadas, programando las empresas.

Mi trabajo en este campo siempre ha estado en dos vías: SVE y gestión humana, las cuales se articulan así: de acuerdo al diagnóstico de riesgo psicosocial (que puede ser realizado por nosotros, por la ARL o por la misma empresa), identificamos unos factores de riesgo que pueden estar afectando a la mayoría de la población; entonces, como parte de la intervención (y es un poco limitada nuestra tarea como ARL), podemos ofrecer capacitaciones, y asesorías en los procesos de gestión humana. Por ejemplo, si el tema es de retroalimentación del desempeño: se hace la revisión del proceso que tengan de evaluación, se ajusta (aquí se miran las competencias si están definidas; y eso es otro proceso largo), se entrena a los jefes y se sensibiliza a los trabajadores. Eso es un proceso de gestión humana que está impactando en riesgo psicosocial. Y la mayoría son así. Con el paso del tiempo van surgiendo cosas nuevas. Empresas con condiciones muy específicas donde toca plantear distinto y así, entonces nos toca ponernos creativos, pero siempre es con los mismos objetivos.

El diagnóstico siempre lo hago con la batería del ministerio. Se aplican las encuestas, se organizan los resultados, y chao. Eso porque además las empresas solo quieren cumplir con la ley. La verdad, nunca hemos intentado con otro instrumento, porque la ley dice que instrumentos validados para población colombiana, y así, no hay muchos que yo conozca, pero además ninguno tiene, digamos, el aval del ministerio, entonces para auditoría prefieren

tener ese y evitarse líos. La empresa te dice: "diagnostique que tengo auditoría"; y uno entiende.

En mi empresa favorita, que es una empresa de ingeniería e infraestructura energética, donde hacen plantas de generación eléctrica y trabajan mucho en el sector hidrocarburos, hice tanto el diagnóstico como la intervención de factores de riesgos psicosociales. Esa era mi primera empresa, entonces todo se hacía según como decía mi jefe.

Se diagnosticó primero los administrativos, después el personal de la obra, y se acordó que uno de los puntos críticos era claridad del rol en administrativos. Los riesgos no estaban en las demandas o recompensas, sino en el control sobre el trabajo. Había más condiciones en riesgo (como oportunidades para el uso y desarrollo de habilidades y conocimientos, y capacitación), pero se priorizó esa porque puede hacer como **efecto dominó**. Yo siempre les digo a las empresas que el diagnóstico no es nada que ellos no sepan, es una verificación de la información. En la discusión con ellos se determina cuál de esas condiciones es la que, al ser intervenida, nos va a disminuir el riesgo en varios factores a la vez.

Entonces, se procedió a hacer una revisión de los perfiles de cargo y manuales de funciones. Pero mira cómo funciona esto, eso fue hace más de dos años. Yo misma me senté con cada trabajador y jefe a levantar los perfiles y manuales a través de entrevistas. Los hicimos, los validamos, todo. De nosotros (el área de salud ocupacional y yo como psicóloga de la ARL) pasaba a recursos humanos, ellos tenían que aprobarnos los documentos finales y ahí definíamos quién hacía reinducción a los cargos. La idea de todo era clarificar roles y funciones, que fue el riesgo. Y el proceso murió en recursos humanos porque nunca gestionaron eso.

Lo hemos retomado varias veces. Yo conozco la empresa y a los trabajadores, pero es un negocio donde cada obra dura cuatro o seis meses y eso implica que están cambiando todo el tiempo; entonces, retomar es volver a ajustar perfiles. Y pues claro que no hay claridad del rol, porque en esta obra hago esto y en la otra obra me ponen funciones diferentes. Lo último que hicimos fue eliminar los manuales de funciones, que cambiaban cada dos segundos, y dejar sólo los perfiles. En los perfiles están establecidas las competencias técnicas: Necesito una persona que sepa interpretar y editar planos, punto. Puede que en esta obra sólo tenga que leerlos, y en la otra sí lo pongan a editarlos. Porque así funciona la empresa y los proyectos, todos los proyectos son distintos.

La semana pasada entregué todos los perfiles nuevamente. Ah, eso implicó revisar cada una de las hojas de vida; ya quedó más acorde a la realidad, a lo que realmente tienen y a lo que realmente necesitan. No necesitan un ayudante técnico que sea bachiller, porque contratan gente de la región (Meta, Casanare) y es gente que sabe de su trabajo pero ni siquiera tiene primaria. Para mí es más importante que sepa manejar un equipo de oxicorte a que tenga un título de bachiller.

El ajuste que hicimos, nuevamente tiene que pasar por recursos humanos, pero ya tenemos a alguien que nos está medio ayudando, porque se dio cuenta de la necesidad y del desorden que eso implica para la compañía, pero creo que todavía va a ser largo el proceso y es una pelea que tiene que seguir dando el HSEQ de allá, que lo ha hecho todo este tiempo, pero es quien tiene la competencia para hacerlo y para defender eso como intervención de su programa de vigilancia epidemiológica. Yo creo que a RRHH no le gustó porque sienten que me les metí al rancho. Igual es un área dedicada a hacer nómina y esas cosas, y siempre tienen un proceso de selección activo porque entra y sale mucha gente por el funcionamiento de los proyectos.

RRHH tenía desactualizados los perfiles y no los tenían en cuenta para hacer la contratación; entonces, en diciembre del año pasado, yo actualice todos los de obra, pero me decían: Natalia, es que tenemos que contratar a Fulanito pero no cumple. ¿Y entonces yo para qué estoy actualizándolos si van a contratar a cualquiera porque es recomendado del jefe?

Cuando pienso en los efectos que todo este trabajo tiene para la salud de los trabajadores; la verdad, la verdad, yo creo que para ellos era más satisfactorio, y yo me sentía más tranquila, cuando me sentaba a hablar con ellos, aunque fuera de manera informal. De esa manera, varios me manifestaban sus inquietudes y cosas que tenían frente a la empresa; yo las redirigía al HSEQ, donde se intentaba dar solución. Eso pasaba como el efecto Hawthorne, ¿te acuerdas? Que ellos con sólo saber que yo estaba intentando gestionar las cosas (porque eran a veces conscientes que eran cosas difíciles de solucionar), pues ya se sentían más tranquilos. Como que al menos hay alguien que está pendiente.

Ya la parte formal, del diagnóstico y de la intervención, pues nada, siempre se obstaculizó mucho y si yo volviera a evaluar, con seguridad no habrían cambiado las cosas. Y si cambiaron, no fue por mí. Yo estuve en campo dos veces y no sabes lo que significaba para los trabajadores saber no sólo que tenían psicólogo, sino que además ¡se los llevaban a campo! Ninguna otra empresa contratista hacía eso; pero tanto ellos como yo éramos

conscientes que muchas de las condiciones de riesgo no se podrían cambiar; y las que sí, no era algo muy sencillo.

Creo que sí hay que hacer un diagnóstico en las empresas, pero creo que cada empresa tiene unas necesidades de evaluación diferente y los cuestionarios no sirven para todas las empresas, ni para todos los sectores económicos. Entonces, el 95% de las veces hago el diagnostico con los cuestionarios y el 5% restante (por ser algo que hasta hace poco venimos planteando con mi jefe, al identificar que ya son muchas las limitaciones de los cuestionarios) los hacemos con grupos focales de la misma batería; en realidad, complementando el diagnóstico de los cuestionarios; pero ni los grupos focales, ni el APT de la batería están diseñados para evaluar todas las dimensiones; y aun así, los grupos focales me han dado mil veces mejores resultados.

Una de las limitaciones que he encontrado en los cuestionarios, es que metodológicamente son muy extensos y desgastantes. Este año tuvimos una empresa muy grande y conocida, con sedes en todo el país, 1200 trabajadores más o menos (sólo los de planta, que son a los que cubre la ARL). Empezamos en febrero y terminamos en junio las aplicaciones y no hicimos el 90% de cubrimiento. Una hora mínimo por persona, aunque sean grupos, es tremendo conseguir eso. Cuando se iban a hacer informes, ya los cuestionarios de estrés aplicados en febrero carecían de validez. El de estrés pregunta por síntomas de los últimos tres meses. ¿Cómo comparo yo los de febrero con los de junio?

Otra limitación es en cuanto al contenido, los cuestionarios están diseñados para empresas verticales, trabajo formal, condiciones clásicas y elementales de trabajo. No me decía nada de los que trabajan mitad en campo, mitad en oficina; de los que tienen como cuatro jefes al tiempo; de los que trabajan en la casa pero están vinculados de planta, todos ellos (que son muchos) me dicen: "¿y aquí cómo respondo?", "pero esto no me aplica", "¿no me van a preguntar por esto? Esto es importante". "Yo trabajo con X, pero X me manda a trabajar con el cliente que es Y, y yo parezco más trabajador de Y que de X".

Además de esto, los cuestionarios están diseñados para identificar personas en riesgo, más por si se presentan patologías con calificación de origen laboral; entonces, los parámetros grupales quedan a criterio nuestro; y aun así, no da resultados tan finos como para decir "esto es lo que debemos mejorar", sino que por eso debemos remitirnos a los empleadores (porque nosotras muy psicólogas expertas, no conocemos a la perfección cada compañía) y a partir de ahí, determinar qué hacer.

Estas limitaciones de los cuestionarios identificadas en mi experiencia, las menciono en un artículo que escribí sobre esta herramienta diagnostica; intente publicarlo, pero a la revista que se lo envié no le gustó porque ellos tienen un enfoque muy cuantitativo y dijeron que ese análisis mío carecía de rigor metodológico. Voy a enviarlo a otra revista, pero primero lo ajustaré porque es muy extenso; incluso siguen saliendo cosas.

En cuanto a los grupos focales, lo que hago es reunirme con un grupo de trabajadores, yo pido que tengan buena antigüedad, pero no me importa que hayan estado o no en riesgo alto, es una bobada porque además quedan expuestos. Discutimos sobre varios temas. De esas experiencias es más rico porque los trabajadores no te dicen sólo "Sí hay" o "No hay", sino que te argumentan, comparan y explican. No es que suceda así siempre, ni con todos, es que pasa esto, o lo otro. Y uno puede hacerse una mejor idea de la empresa y de los trabajadores.

La batería pide que uno califique con ciertos criterios los niveles de riesgo que determina para cada condición; y pues son más o menos específicos en los criterios, pero sigue quedando a consideración de uno. Los resultados que hemos entregado con grupos focales (siempre han sido porque a los jefes les parece que el diagnóstico obtenido en los cuestionarios, no es la foto de sus empresas) siempre gustan más, porque uno tiene argumentación.

Un día, un jefe nos regañó (estábamos con mi jefe). Fue un desastre. Se trataba de un arquitecto que había recibido los resultados de la evaluación realizada con los cuestionarios a su equipo de trabajo, el cual estaba conformado por un grupo de arquitectos; él dijo: que esa no era su empresa, que cómo era posible que eso hubiera salido así, que él los conoce a todos (una empresa pequeña) y quería saber quién dijo qué, que él sabía que tenía errores pero tampoco podíamos venir nosotras a decir que todo estaba mal (Eso fue lo que arrojaron los cuestionarios). Entonces, propusimos profundizar con grupos focales.

La limitación con los grupos focales de la batería, fue que no nos permitió reevaluar todo, porque los grupos focales, están diseñados para dos de las cuatro grandes dimensiones intralaborales. Una de esas era liderazgo (que era la pataleta de él, porque se cree muy buen jefe). Lo hicimos y claro, nos permitió identificar qué características del líder eran. Una cosa era decir: Características del liderazgo en riesgo, y otra: mira, no tiene que ver con el apoyo percibido ni con el trato (es más, hasta los trabajadores se sentían re bien con eso), tiene que ver con la orientación. Generalmente él no estaba en la oficina y cuando estaba no cumplía las reuniones para orientarlos sobre el proyecto, no les brindaba suficiente tiempo; entonces, ellos avanzaban solitos y después, ¡pum!, retroceso, llegaba él a decir que eso no era así, que

tocaba volver a hacer porque ya no iba así, porque eso cambio, porque bla ¿Y entonces por qué no decía a tiempo? La gente pudo expresar con mayor especificidad qué querían, qué necesitaban. Cuando se lo presentamos otra vez, claro, le cambió la cara: "No, sí, tienen razón en eso, yo lo he intentado pero es difícil".

Además de tener como limitación que los grupos focales no evalúen todas las dimensiones, solamente las relaciones sociales y las recompensas; siempre queda esa sensación de que algunas personas no se expresan como quisieran porque están otras. Uno intenta que sean del mismo nivel, de áreas distintas, bueno, como se pueda, pero no falta que queden dos personas que no se la llevan, y pues uno nota a los que se limitan en lo que dicen. Además que los trabajadores son citados por la empresa y pues siempre les queda la sensación de que "esto va a ser usado en mi contra". Pero con una empresa hicimos varios grupos, y fue muy enriquecedor porque puede contrastar información entre distintos niveles.

Yo creo que una estrategia óptima sería entrevistas semiestructuradas, pero sé que metodológicamente serían más desgastantes que los cuestionarios. Creo que con las entrevistas semiestructuradas se podría hacer un mejor diagnóstico que con los cuestionarios, pero tendría muchas limitaciones para establecer prioridades de grupo. No sé, un buen grupo focal hasta serviría, pero siento que hay que combinar estrategias. En la especialización voy a trabajar con otro cuestionario (ISTAS21), de pronto funcione mejor. Uhm, tengo que pensar que estrategias de evaluación serian adecuadas, siendo que este un paso importante para impactar la salud y el bienestar de los trabajadores.

Precisamente la evaluación de factores de riesgo psicosocial es parte del saber del psicólogo en este campo ¿Qué debería saber un psicólogo especialista? para empezar, saberse esa batería al derecho y al revés porque eso es lo que pide el mundo laboral. A mí me llegan informes (de empresas que hicieron el diagnóstico con otros proveedores), firmados por psicólogos especialistas, y nada que ver; son enredados, a veces hasta confunden las dimensiones o los factores. "Esto significa tal cosa" y va uno a ver el manual de la batería y, obvio que no, eso no lo evalúa ahí, lo evaluó en otro factor. No tienen buena calidad, en realidad.

En mi primer grupo focal, yo asistí como relatora. Mi jefe no me dejó ir sola porque yo no tengo licencia, así que fui con una psicóloga que si la tenía; y muy especialista esa señora (que llevaba no sé cuántos años con Ecopetrol) pero ni siquiera se le ocurrió pasar consentimientos informados. Obvio, yo no llevaba porque eso debe coordinarlo la

moderadora. Y así quedó, hicimos el grupo focal, sin consentimientos. Imagínate; y ni decir del manejo de grupo que tenía, ni siquiera siguió las preguntas mínimas. De ahí para allá, ni siquiera un orden más o menos claro de las preguntas. Ella no siguió trabajando con nosotros. Al final, yo tuve que hacer el informe. Cuando vengo y miro, había categorías sobre las que no se preguntó nada. Creo que al final nunca entregué ese informe; o sea, di unos resultados en un resumen ejecutivo, como "las cosas críticas son estas", pero de ahí a entrar al detalle, no. A mí me sirvió de entrenamiento y a la empresa le entregué sus resultados importantes, que era algo que ya venía yo identificando de tiempo atrás porque los conocía hace rato, pero no más. No sé, yo no digo que a un especialista lo pongan a aplicar toda la batería en la especialización (aunque deberían), pero uno debería salir con las herramientas para aplicarla, aunque nunca lo haya hecho.

Frente al uso de otro tipo de herramientas de evaluación, mi punto es, que si ni siquiera manejan esa (que es la que exige el mercado laboral, que trae todo masticadito en el manual), ¿qué puede uno esperar de otras herramientas? Yo sí esperaría que un psicólogo, no se las sepa todas, pero por lo menos sea autocrítico en eso. Que sepa las limitaciones del instrumento para cada organización (igual el experto es el psicólogo), y que además sepa cuáles herramientas domina o puede dominar, y cuáles no. Una vez a mí me tocó explicarle a los jefes de una empresa cómo se hace un análisis de puesto de trabajo, y tuve que investigar, que leer, que preguntar. (Aunque yo no lo iba a hacer). Eso es lo mínimo que debería hacer un psicólogo.

Es cierto que el requerimiento de saber usar la batería, es totalmente por una demanda que se le exige al psicólogo para acceder al mercado laboral. Un psicólogo especialista debería salir de la especialización con las herramientas para saber qué metodología usar en qué empresa, según las necesidades; y eso no significa conocerlas todas, pero sí tener un bagaje teórico-conceptual y metodológico; y bueno, ya que aquí le piden a uno ese instrumento, pues ni modo, por lo menos saber pa' qué sirve, cuándo se utiliza, etc.

El que realmente esta herramienta diagnóstica, que sirve para priorizar y direccionar las intervenciones, al final contribuya a la salud de los trabajadores, depende de muchas cosas. Yo creo que sí podría contribuir, en una empresa donde aplique y donde se vea que están interesados en eso; por lo demás, no. En mi experiencia, se ha aplicado en muchas empresas y no ha cambiado en nada el bienestar de los trabajadores, pero no porque en sí no sirva para eso, sino porque además de la fase diagnóstica, intervenir riesgo psicosocial es otro video. Esa

es otra cosa que debería saber un psicólogo y eso es lo que menos se encuentra: SVE. No saben para qué sirven, cómo se plantean, qué indicadores se pueden proponer...Pff. Y pues nada, terminan siendo un documento genérico que uno deja en todas las empresas y nadie ejecuta. O empresas donde me los entregan y no saben qué hacer con eso, pa' qué sirve. "Esto te debe servir, tú que eres la psicóloga".

3.3.ATRAVESSAMENTOS DE VIDA E PESQUISA: TENTANDO UMA ANÁLISE DAS IMPLICAÇÕES[73]

Consideramos que as narrativas produzidas se constituem e são atravessadas pela análise de implicações feitas entre os psicólogos participantes. Este dispositivo nos contribuiu a dialogar com a instituição[74] *trabalho-saúde-psicologia*; problematizando as práticas, as verdades, as teorias, as técnicas nos territórios habitados pelos psicólogos com formação em saúde ocupacional, que atuamos no campo da saúde do trabalhador.

Ao concluir estas narrativas, percebemos que não só fomos atravessados por estas instituições – o que no começo motivo esta pesquisa- mas também pela relação estabelecida no nosso campo de pesquisa. No percurso desta pesquisa se instalou o "vinculo afetivo, profissional e político com todo o sistema institucional" (RODRIGUES, 1987, p. 33) que compõe o trabalho em saúde do psicólogo especialista em saúde ocupacional.

No processo de reconhecimento destes vínculos fomos convocados na escrita de mais uma narrativa – adicional às 7 já apresentadas-, baseada na experiência singular da psicóloga pesquisadora; quem motivada no processo de desnaturalização que estava acontecendo no campo de pesquisa, foi levada a problematizar a atividade dos psicólogos em relação às instituições de trabalho, à percepção do trabalho por parte de alguns trabalhadores, ao lugar da saúde em algumas empresas, e aos afetos que este sistema, as vezes positivista, gera no psicólogo:

[73] Ferramenta da *Análise Institucional* - abordagem teórica francesa que tem em René Lourau (2004) um dos seus principais exponentes, quem critica ao positivismo e seu postulado de neutralidade científica- que "coloca em discussão a institucionalização/naturalização de práticas presentes em diferentes territórios. Tal ferramenta busca problematizar a produção de verdades que se fazem presentes nestas práticas e nos espaços por elas habitados, possibilitando um estranhamento dos modelos hegemônicos historicamente construídos de fazer pesquisa" (COIMBRA, 2012, p. 131).

[74] "Definimos instituição (no sentido que lhe dá a análise institucional stric-tu-sensu) como certas formas de relações sociais, tomadas como gerais, que se instrumentam nas organizações e nas técnicas, sendo nelas, produzidas, re-produzidas, transformadas e/ou subvertidas" (RODRIGUES, H. B. C, 1987, p. 32).

O Novato[75]

Fica longe dos vícios; foi essa a sentença que passou por seu pensamento enquanto se instalava no escritório; palavras que pertenciam ao repertorio de exortações do seu pai; as lembrou na escola, na faculdade, na rua, e agora, no seu primeiro emprego após de se formar como psicólogo. Não tinha certeza porque as lembrava, mas se perguntava o que poderia ser um vicio no lugar que agora começaria a habitar.

- Bom dia! É você o novo psicólogo? Escutou enquanto ainda seu pai falava.

-Sim, sou Roberto, muito prazer. Estou....

- Beleza! Preciso de três seguranças prontos para trabalhar depois de amanhã, imagino que já falaram para você de nosso novo e muito importante cliente. Eu fechei esse negocio cara! Bom, quando tenha contratado o pessoal é só me ligar que eu falo com o cliente para apresentar-lhe os novos seguranças. Até a sexta! ah e bem-vindo!

Roberto, que se encontrava em meio de uma inusitada "conversa", percebeu que tinha ficado sozinho, se perguntando quem era esse personagem tão.... apressado, que além do mais, tinha lhe a primeira tarefa do dia, da semana, da vida.

Sua chefe, que havia olhado toda a cena, disse:

- é Manoel, um de nossos melhores e mais antigos coordenadores, você vai aprender a lidar com ele, é só ter prontos esses seguranças, não há problema, você só faça seu processo de seleção e contratação. Hoje a psicóloga que você vai substituir lhe entregara o cargo, tal vez você perceba que se trata de muitas coisas, mas é bem mais simples do que parece. Ah! Também vamos precisar que você faça uma oficina de manejo de estresse para o pessoal, a Asseguradora de Riscos Laborais nos recomendou isso, não queremos que os coordenadores passem mal, né? Mas depois a gente vê isso. Espero que você goste de trabalhar conosco, qualquer coisa que precisar é só falar!

Justamente o problema era saber como faria isso tudo? Era seu primeiro emprego, e mesmo

[75] Esta é uma narrativa escrita pela psicóloga-pesquisadora, que não faz parte das sete (7) narrativas geradas nos encontros com os psicólogos participantes; porém, estes encontros, constituíram uma convocação para inspirá-la. Aqui se narrar um conto baseado em uma experiência de trabalho da *vida singular* da pesquisadora.

a empresa sabendo que ele não tinha experiência na área, esperava que ele desse um jeito, ele sabia que devia se virar; até porque, desde o seguinte dia ele seria o único psicólogo da companhia. Além do mais, ele sentia um grande compromisso com a única empresa, que durante sua longa busca de emprego, não lhe rejeitou por não ter experiência, e em seus planos não estava ficar sem emprego por mais tempo, ele tinha e queria atingir os resultados, que seriam objeto de uma avaliação de seu desempenho.

A psicóloga que ele substituía fez a entrega do cargo para ele durante o dia todo, até às 22h. Esse seria o único treinamento para o cargo que Roberto receberia, porém, ela foi muito dedicada e procurou não esquecer nenhum detalhe que fosse útil para o psicólogo novato.

- Parecem muitas coisas, mas no final você consegue fazer tudo, disse a antecessora diante a cara de susto do Roberto; e acrescentou: Você esta entendendo? Tem perguntas?

Enquanto Roberto se esforçava para processar tanta informação, priorizava suas dúvidas, fazendo as perguntas que pensava poderiam facilitar-lhe a vida no trabalho. Não era tarefa fácil, queria saber tudo, tirar todos seus interrogantes, mas não havia tempo para isso. Já concluído a entrega do cargo, notaram que tinham companhia.

- Roberto, esta aqui é Olguinha, ela é a encarregada da folha de pagamento e tem trabalhado a vida toda nesta companhia, com certeza ela poderá ajudar você se precisar, disse a psicóloga.

- Muito prazer Roberto, seja bem-vindo. Pois é, eu deixei minha vida toda nesta empresa, perdi meu marido e muitas coisas por conta do trabalho, até minha saúde; para mim já é tarde, agora eu não tenho escolha, mas você não faça o mesmo que eu fiz.

No final da noite, Roberto saiu de lá com uma sensação de inchação na cabeça, sabendo muito de tudo e nada de muito. Deixou a escrivaninha cheia de testes psicológicos, formatos de afiliação a entidades de saúde e aposentadoria e currículos de possíveis candidatos para contratar; mas levo consigo o caderno no que registrou as instruções da psicóloga e alguns rascunhos com as ideias para uma oficina de estresse.

De todas as dúvidas que Roberto se levava para sua casa, uma delas era representada pela face de cansativa da Olguinha; Além dos anos que haviam deixado seu passo no rosto daquela amável mulher, seu corpo encarnava os sentidos de agonia e vida que o trabalho tinha para ela. Seria o trabalho uma coisa tão paradoxal? Algo assim tão ruim, como para

sentir que é uma carga insuportável que acaba com a vida e os sonos da gente? E, ao mesmo tempo, algo assim tão essencial, sem o qual seria possível viver, mas não teria o mesmo sentido a vida? Enquanto se perguntava isso, chegou a sua memoria a lembrança de um conto que deveu ter lido em algum livro:

> *Sono*[76]
>
> - *¿Qué quieres ser?*
> - *...Tal vez... ¡profesor o bombero! Menos trabajador.*

Estas linhas fazem referência a algumas das inquietações que tivemos nos transcurso desde processo de pesquisa. O que é trabalhar? É o trabalho saúde? Qual é nosso compromisso desde a psicologia com a saúde dos trabalhadores? Nossa atividade aporta pra que o trabalho seja operador de saúde? Qual é o papel das empresas, o Governo, as ARLs, a academia, etc., nisto? Porém, longe de procurar respostas e verdades absolutas a estas questões; ampliamos nosso olhar na confrontação do trabalhador com seu trabalho, problematizando estas e outras questões que atravessam os desafios dos psicólogos no campo da saúde dos trabalhadores.

No entanto, nos encontramos com mais um interrogante: todas nossas questões são uma questão para os trabalhadores? A partir dos encontros com os psicólogos, acreditamos que sim. Conferimos que o trabalho é indissociável da saúde e, neste sentido, da nossa vida; como encontramos no Clot (2011):

> "Para ser mais exato, no mundo contemporâneo, e à medida que o trabalho se torna a causa preocupante de doenças cada vez mais numerosas, ele se torna invariavelmente vital para a saúde. Pois provavelmente ao pedir que o trabalho 'absorva' o que restou de suas vidas, muitos trabalhadores exigem dele mais do que ele pode proporcionar. Eles nutrem a esperança não apenas de sobreviver em um contexto, mas de finalmente poder produzir um contexto para

[76] Este conto, da autoria da psicóloga-pesquisadora, se constituiu em um desafio da sua primeira oficina de criação literária - ministrada pela escritora brasileira Ninfa Parreiras em outubro de 2014-, por acolher a proposta técnica de criar um conto composto por 50 letras; e, satisfazer o desejo pessoal de que além tratara do tema fundamental desta pesquisa: o trabalho.

viver. Na verdade, é particularmente difícil contentar-se apenas com sobreviver ao trabalho, já que ele é o espaço onde o trabalhador ainda pode esperar fazer alguma coisa de sua vida além dos conflitos unilateralmente afetivos do face a face interpessoal". (CLOT, 2011, p.72).

CAPÍTULO IV

4. DIÁLOGOS *COM* A ATIVIDADE: ARTICULANDO EXPERIENCIAS E TEORIAS.

> *É na atividade de trabalho que se tece a aventura humana; é também pelo reconhecimento desta atividade que a sociedade permitirá a cada um participar dignamente desta aventura.*
>
> *Yves Schwartz.*

As análises a continuação, se fundamentam nas sete (7) narrativas apresentadas no tópico 3.2. Levando em consideração que, como o leitor pôde perceber, muitas das colocações apontadas em cada uma das narrativas coincidem entre si, falando de uma mesma temática, e às vezes, até de um mesmo sentido atribuído a essa temática; decidimos identificar temas que atravessaram todas elas e, resgatá-los em alguns trechos, que traduzidos ao português[77], dessem conta desses temas e sentidos para efeito das análises. Optamos então, por dialogar com as teorias e as narrativas de esta maneira para permitir a fluidez no texto, mas também, compreendendo que não se trata aqui de experiências isoladas, mas de histórias de vida que compartilham as transformações do trabalho e as políticas emergentes; assim, como desejos comuns, frente a uma aposta pela saúde do trabalhador e uma aposta pela própria vida.

4.1. DEBATENDO-SE ENTRE OS INTERESSES DO CAPITAL E DOS TRABALHADORES

4.1.1. **A Demanda do Psicólogo Ocupacional.**

> *"Na minha experiência com as empresas, identifico que a demanda inicial que se tem do meu trabalho é o cumprimento legal. Eles desconhecem todo o trabalho e os requerimentos que tem um*

[77] As traduções feitas foram realizadas por conta nossa.

> *Programa de Vigilância Epidemiológica, acham que é um programa no que se aplicam questionários e pronto". (Paula).*

O trecho desta narrativa, manifesta a inquietação dos psicólogos ao perceber que a gestão desconhece a complexidade do trabalho - acreditamos que mais do que desconhecimento, trata-se do próprio funcionamento da gestão direcionado pela lógica do trabalho capitalista, na qual verticalidade, autoritarismo, e diminuição da autonomia do trabalhador são inerentes -, atividade que para eles supera uma simples tarefa a ser executada, sendo mais complexo do que parece. Dizer que *a gestão desconhece todo o trabalho* é afirmar que não vê a atividade (SCHWARTZ, 2007); e além, poderíamos inferir que não se vê o real da atividade (CLOT, 2010).

O fato de não ver a atividade terá alguma relação com os interesses das empresas e seu entendimento da saúde e os fatores psicossociais? Surge-nos esta interrogação porque o pouco interesse das empresas pela saúde dos trabalhadores e desconhecimento dos fatores psicossociais foi um tema transversal nos encontros com os psicólogos:

> *Eu diria que para o 50% das empresas deste país, o tema da saúde dos trabalhadores é o menos importante. Lamentavelmente, às vezes vale mais a produtividade do que a saúde. (Vera).*

A percepção é que a demanda pelos psicólogos ocupacionais, dentro das empresas, surge da necessidade das mesmas de cumprir com a lei, mais do que sua intenção de colocar em questão a saúde no local de trabalho. Neste sentido, é compreensível a dissonância que às vezes se apresenta entre o que propõe a lei e as práticas no interior das empresas. Os psicólogos atribuem isto ao modo de funcionamento da gestão, para a qual, de maneira geral, a saúde ocupacional – campo desde o qual se aborda a relação saúde-trabalho ao interior das empresas na Colômbia - é um assunto de pouca importância para as diretorias.

> *O tema da saúde ocupacional é para eles (as empresas) uma "arandela[78]" que assumem pelos requerimentos de lei, mas é um tema que não entendem, não lhes gosta e além, lhes custa. É impossível ou difícil encontrar empresas que desde seu começo, contemplem ao100% uma política de cuidado de seus trabalhadores (Theo).*

[78] Gíria para se referir a algo desnecessário.

Neste sentido, entendemos que a falta de um interesse genuíno em muitos estabelecimentos de trabalho pela saúde dos trabalhadores, restringe a compreensão dos fatores psicossociais e contribui a que em muitos casos as vinculem psicólogo com formação em saúde ocupacional para atuar paralelamente nas áreas de RRHH e gestão de pessoas:

> *A necessidade inicial das empresas é cobrir uma vaga que tenha competências suficientes para executar certas coisas, não precisa ser um psicólogo, se tivesse chegado um administrador com habilitação lhes teria funcionado. Digamos que a habilitação é a necessidade colocada em mãos de quem não é tão necessário para as empresas. Se o psicólogo quer lhe dar valor a seu trabalho, tem uns grandes desafios, porque de fato, se não fosse pela necessidade que têm as empresas de cumprir com a lei (resolução 2646), o psicólogo não seria um perfil indispensável dentro da saúde ocupacional. (Theo).*

Neste sentido, e o que mais parece importar a muitas empresas, além de cumprir a lei, é suprir varias funções com empregados poli funcionais; como o encontramos em algumas vagas de emprego publicadas:

> Reconocida empresa requiere para su equipo de trabajo coordinador de calidad de vida, seguridad y salud en el trabajo, profesional en administración de empresas, psicología, ingeniería industrial o carreras afines, especialista en salud ocupacional con licencia vigente y con amplia experiencia mínima de 3 años ejecutando programas de bienestar, diseño e implementación de programas de salud ocupacional, mantenimiento del sistema de gestión , estudios de clima organizacional, logística de eventos, manejo de presupuesto entre otras con el objetivo de coordinar y controlar las actividades del subproceso de calidad de vida de acuerdo con los lineamientos de la compañía. http://www.computrabajo.com.co/ofertas-de-trabajo/oferta-de-trabajo-de-coordinador-calidad-de-vida-seguirdad-y-salud-en-el-trabajo--en-bogota-dc-1A9B3171259C86AB

Nestas condições, onde o psicólogo com formação em saúde ocupacional é inserido na empresa para executar diversas tarefas, até manejo de orçamento, como diz a vaga apresentada; se corre o risco de priorizar temas que não estão relacionados à saúde do trabalhador; mas geralmente associados aos processos de RRHH, em cumprimento com o solicitado pelas empresas:

> *É relativo conseguir acompanhar o planejamento que faço ao começo de cada jornada, mas sempre trato de fazer isso; embora, às vezes, as empresas no deixam você fazer muito em um dos três temas, porque para eles é mais importante a seleção, ou a capacitação, do que a saúde ocupacional. (Vera).*

Parece que a lógica da economia é: se eu como empresa tenho que cumpri a lei, e para isso vou ter que ser assessorado por um psicólogo; e os psicólogos também fazem recrutamento, seleção, capacitação, etc., porque não contratar um que faça isso tudo? Tal lógica que esta afeta a compressão e o interesse em relação aos fatores psicossociais, também contribui à precarização do trabalho, com contratos de curta duração, trabalho flexível e sobrecarga laboral, entre outros:

> *Trabalhei os últimos 6 meses em uma empresa que presta serviços para o setor de hidrocarbonetos aonde me contrataram temporariamente para trabalhar no Programa de Vigilância Epidemiológica (PVE) psicossocial, em seleção de pessoal e terminar o manual de funções e responsabilidades.(Vera).*

> *[...]É comum encontrar que se sobrecarrega de trabalho a uma pessoa com o trabalho que normalmente fariam duas pessoas, e isso já virou muito comum. (Vera).*

Este tipo de contratação dos psicólogos com formação em saúde ocupacional é uma realidade com que se confrontam estes profissionais, ao olhar vagas de emprego que representam a precarização do trabalho:

Empresa outsourcing de recursos humanos necesita psicóloga especialista en salud ocupacional, para trabajar por días. Adicionalmente debe tener experiencia en el área de recursos humanos en procesos de selección. Debe realizar visitas domiciliarias cobradas adicional a la labor en salud ocupacional. Todas las actividades sumadas generan una labor de medio tiempo por prestación de servicios.

Jornada: **Tiempo Parcial**

Tipo de contrato: **Contrato civil por prestación de servicios.**

Salario: **A convenir**

http://www.computrabajo.com.co/ofertas-de-trabajo/oferta-de-trabajo-de-sicologa-especilista-en-salud-ocupacional-en-bogota-dc-F9C284AC18886722

Será paradoxal chamar um psicólogo para trabalhar na identificação e controle os riscos psicossociais na empresa, quando esse mesmo psicólogo é sometido às políticas de precarização do trabalho? Contudo, estas questões, que envolvem a falta de interesse na saúde dos trabalhadores e nos fatores psicossociais parecem ir para além das empresas, se ampliando para todo um sistema e seus atores.

4.1.2. **O sistema institucional.**

> *Evidencio um desconhecimento geral na Colômbia diante os riscos psicossociais. (Marlinda).*

Insistimos que este "desconhecimento" vai para além da falta de compreensão teórico-metodológica do tema dos riscos psicossociais; porque como foi narrado pelos psicólogos o tema da saúde dos trabalhadores não é um tema prioritário para a gestão. No entanto, não se trata ignorância ou inocência, mas da decorrência do desinteresse pela democrática institucional que o capitalismo supõe.

Consideramos que a questão dos interesses da economia capitalista, abrange outros atores do sistema institucional que envolve os fatores psicossociais; pelo que consideramos necessário ter um panorama geral do mesmo. De um lado, se encontra uma política governamental, a lei 2646 de 2008, como o marco jurídico que exige às empresas intervir os fatores de risco psicossocial. De outro lado, este requerimento legal, faz com que as empresas demandem o trabalho do experto – que segundo a mesma lei é o psicólogo com formação e habilitação em saúde ocupacional-.

Obviamente, para a empresa, a vinculação do psicólogo significa um investimento econômico a considerar, não só enquanto ao salario do profissional, mas também, enquanto a intervenções que vão se derivar da avaliação dos fatores psicossociais. E como observamos em cima, os interesses da empresa entram em jogo o tempo todo, modulando as decisões que para ela são economicamente mais favoráveis.

De outra parte encontramos que esta demanda da empresa, abre um campo de ação para os psicólogos, que a sua vez, para acessar o mercado de trabalho nesta área, devem recorrer às universidades se formarem em saúde ocupacional e obter a habilitação. Então as instituições

educativas, entram como mais um ator social desta trama toda, fornecendo, supostamente, as competências necessárias aos psicólogos para agir neste campo.

Neste sentido, a política, a empresa, a universidade e o psicólogo especialista, se constituem nos atores[79] deste sistema institucional em torno dos fatores psicossociais; cuja abordagem visa gerar condições para a melhora da saúde dos trabalhadores, mas, como afirmamos, os interesses da economia capitalista vão encontra desde objetivo o tempo todo, e não só de parte das empresas:

> *Definir que um experto é um psicólogo especialista é uma disposição importante como mecanismo de controle, mas esta sendo prejudicada porque as universidades querem fazer disso um negocio, não só do psicólogo especialista, também do profissional especialista. (Nice).*

Os interesses econômicos das universidades também modulam esta questão, sendo que, propiciam uma ampla oferta de formação em saúde ocupacional:

> *Olha, na universidade entramos entre 70 e 80 pessoas nesse período; a uma especialização? Pelo amor de Deus! Que desrespeito. Ah! Essa não é a pior parte, nos separaram em três turmas, em uma delas a disciplina de risco psicossocial foi ministrada por um engenheiro industrial. (Nice)*

Mas a questão é que essa amplia oferta, tem proporcionado uma formação deficitária do psicólogo que se forma em saúde ocupacional, o que a sua vez dá menos subsidios para realização da sua atividade.

> *Eu acredito que nosso trabalho pode conseguir muitas coisas, mas os psicólogos não estamos muito preparados e não sabemos muito do tema. A exigência da lei é ter a habilitação para atuar neste campo, mas quando eu fiz a especialização em SO, que é o que nos dá a habilitação, minha capacitação no tema foram 16 horas; no entanto, tem sido mais um processo de auto aprendizado e a oportunidade de*

[79] Obviamente os trabalhadores e as ARLs também fazem parte desde sistema. Os interesses económicos das ARLs são discutidos mais adiante; porém, por não ser o objeto desta pesquisa, não se apresenta um aprofundamento rigoroso, mas, nem por isso deixa de ser uma questão preocupante que modula a situação da saúde dos trabalhadores na Colômbia.

> *atuar nas empresas. ...é um desafio nos formar no tema. (Maiara Ely).*

Os psicólogos argumentam que somado à frágil formação recebida nas Universidades, se encontram os interesses de cada profissional, o que de certo modo faz que se coloque em dúvida o compromisso destes com a saúde dos trabalhadores.

> *Meu mal-estar está relacionado ao pouco comprometimento e preparação que identifico em muitos dos profissionais que exercem ou se formam na área. Acho que desde a academia, não se esta provendo a formação necessária para a abordagem dos riscos psicossociais (24 horas aproximadamente em uma especialização não são suficientes); isto contribui a uma disparidade nos conceitos, somando aos interesses particulares dos profissionais, que em muitos casos estão relacionados ao lucro ou a maiores possibilidades empregatícias, ao obter a habilitação, mas não a um comprometimento real com a saúde no trabalho. (Marlinda).*

Além da falta de engajamento de algumas empresas, Universidades e psicólogos com os fatores psicossociais e com a saúde dos trabalhadores, encontramos que as Asseguradoras de Riscos Laborais ARLs, que têm a missão de assessorar as empresas para promover a saúde e prevenir doenças e acidentes dos trabalhadores- além de assumir as prestações assistenciais e econômicas derivadas dos acidentes e doenças-, em muitos casos parecem desconhecer as suas responsabilidades legais, fazendo um inadequado uso do dinheiro que deveria ser investido para prevenção ao invés de assumir as obrigações que as empresas têm com seus trabalhadores.

> *Assim como muitos profissionais as ARLs também não têm clareza no tema e até infringem a lei fazendo coisas que não podem, como por exemplo, a avaliação dos fatores de risco psicossocial. (Marlinda).*

Mas no meio de todos os interesses político-econômicos relacionados aqui, qual é esse compromisso ao que estão chamados os psicólogos ocupacionais? E, como, desde sua atividade, responde ao que se espera dele, mesmo no meio desta desde panorama, onde prevalece os interesses do capital sob os interesses dos trabalhadores?

4.1.3. **A atividade do psicólogo.**

Desde a ótica da SO, que como se disse, é o marco que os psicólogos têm para atuar no campo da saúde do trabalhador; se espera que o psicólogo seja mais um dos professionais que participa do controle dos riscos, a fim de prevenir doenças e acidentes, e promover a saúde no trabalho. Neste sentido, o psicólogo, conta com algumas diretrizes legais e técnicas como meios para viabilizar sua atuação, como se apresentou no tópico 1.2.3. Então como é que operam os psicólogos, na atividade, com os meios que têm disponíveis para reescrever no cotidiano de trabalho as políticas governamentais?

Para a saúde ocupacional, desde a noção dos riscos, um passo fundamental que visa impactar a saúde dos trabalhadores é a avaliação do fator de risco. As intervenções são dirigidas a administrar os riscos que foram identificados e, neste sentido, se poderiam melhorar as condições de trabalho e, por conseguinte, a saúde dos trabalhadores.

Segundo a natureza dos riscos, atuam diferentes especialistas que têm a competência técnica e científica de identificá-los, valorá-los, intervi-los e monitorá-los. Em consequência, a resolução 2646 de 2008, determina que seja o psicólogo especialista em saúde ocupacional o profissional experto para avaliar os fatores psicossociais, o que compreende a identificação tanto dos fatores de risco, quanto dos fatores protetores. Estes fatores devem ser avaliados objetiva e subjetivamente. A avaliação objetiva é entendida como a valoração das condições de trabalho e saúde realizada pelo experto em menção, utilizando critérios técnicos e metodologias validadas no país; já, a avaliação subjetiva, se refere à valoração das condições de trabalho e saúde, a partir da percepção e a vivencia do trabalhador. O fim da avaliação dos fatores psicossociais é estabelecer as ações de promoção da saúde e prevenção da doença na população trabalhadora.

Ao respeito da avaliação dos fatores psicossociais, Villalobos (2004) chama a atenção na consideração dos dados objetivos e subjetivos:

> (...) alguns erros que podem cometer-se ao coletar informação dos fatores psicossociais derivam da expetativa da intervenção individual, a falta de interesse legítimo da direção da empresa na atenção aos fatores psicossociais e a confusão de dados ‘objetivos’ com os ‘subjetivos’ dos informantes. O desconhecer os dados subjetivos é outro erro de igual magnitude aos já mencionados, por quanto o estresse e os fatores causais não podem estimar-se isoladamente da percepção do sujeito que

> os padece. A avaliação implica então considerar dados objetivos e subjetivos, evitando a mistura dos dois, pois cada um tem seus próprios aportes à estimação da realidade psicossocial (p. 200).

A legislação e os lineamentos teórico-metodológicos mencionados atravessam e constituem a atuação dos psicólogos, quem identificam que sua competência esta estreitamente relacionada à avaliação dos fatores de risco psicossocial; sendo preciso ter o domínio das técnicas disponíveis para tal fim. A técnica mais comumente usada é Bateria de Instrumentos para a Avaliação de Fatores de Risco Psicossocial, do Ministério da Proteção Social:

> *Justamente, a avaliação de fatores de risco psicossocial é a parte do saber do psicólogo neste campo. O que deveria saber um psicólogo especialista? Para começar, saber essa bateria de cabo a rabo porque isso é o que lhe pede o mundo laboral. (Nice).*

Neste sentido, o uso desta técnica se converte na metodologia predominante na atividade dos profissionais, sendo considerada como uma ferramenta de fácil manejo e de uso obrigatório ao cumprir com os requisitos de validação no país:

> *Faz 4 anos* [2010] *que saiu a bateria do Ministério e desde então, é obrigatório usar este instrumento para a identificação de fatores psicossociais, embora a normatividade seja do 2008. Já vi que existem outras ferramentas, mas não estão validadas no país, porém não tenho usado elas. (Paula).*

> *Esta bateria é um instrumento muito completo. Quando você a aplica e tabula, ela gera toda a informação que você queira. Isso tem que guardá-lo e fazer os cruzamentos que se necessitem e sobre isto é que se faz o seguimento, a avaliação, conclusões e decisões. A tabulação se faz por meio de um aplicativo que gera um consolidado grande no Excel, que serve para que você tire dai toda a informação que precisa. Por exemplo, você pode saber qual é a área da empresa mais afetada nos níveis de estresse; pode saber quais são as condições extra laborais que mais afetam aos empregados; pode saber quais são as patologias derivadas do estresse mais frequentes nos empregados, e por áreas* [da empresa] *também. É muito completa e de fácil manejo. (Vera).*

Mesmo assim, existem experiências de psicólogos que tem usado outras ferramentas avaliativas:

> *Na empresa consultora onde trabalhei, tive a oportunidade de avaliar os fatores de riscos psicossociais em diferentes organizações. Esta empresa consultora tinha suas próprias técnicas e ferramentas de avaliação, a gente não usava a Bateria do Ministério. O processo de diagnostico funcionava em alguns passos: primeiro, aplicávamos um instrumento de avaliação quantitativa para identificar onde e como estavam os niveles de risco; segundo, empregávamos a técnica de grupos nominais, com algumas adaptações, para conhecer as causas e propor possíveis soluções com os trabalhadores que foram avaliados, quem geralmente constituíam equipes de trabalho; terceiro, os lideres de área encaminhavam a viabilidade das propostas com a gestão; e finalmente, correspondia à empresa implementar as modificações; quer dizer, fazer a intervenção como tal. (Marlinda).*

No entanto, identificamos que a tendência de os psicólogos usarem a Bateria do Ministério, além dos critérios de validação, também esta relacionada com os parâmetros estabelecidos pelas ARL's:

> *A ferramenta que uso para avaliar os fatores de risco psicossocial é a Bateria do Ministério; uma vez apliquei outra enquête, mas não era aprovada pela ARL, então decidi continuar só com a Bateria. (Vera).*

Independente da ferramenta avaliativa escolhida, nem sempre os professionais que avaliam as condições psicossociais são os mesmos que participam na intervenção das condições de risco identificadas; levando em consideração que segundo seus interesses, as empresas podem dar passo ou interromper o trabalho dos psicólogos.

> *Tenho encontrado de tudo, empresas que administram os riscos psicossociais só por cumprir com os requerimentos legais, e empresas que sim têm sido estruturadas desde um sentimento humano muito importante. Também já tive contato com lideres de área que são muito receptivos, mas também com outros que não e têm grandes problemas*

> *de relações interpessoais. Às vezes se chega a uma intervenção, e às vezes só queda num primeiro diagnostico. (Marlinda).*

Geralmente, a decisão das empresas de continuar, ou não com a avaliação dos fatores psicossociais, além de se relacionar ao sentimento humano que dirige suas ações, tem a ver com os custos que a avaliação e a correspondente intervenção demandam:

> *Quando se faz a avaliação dos fatores de riscos psicossociais, geralmente o todo mundo esta em risco alto nos aspetos avaliados. Quando trabalhei na empresa de consultoria, mi marido brincava comigo porque eu falava para ele: "olha, meu trabalho é ir a lhes dar noticias ruins aos que gerenciam as organizações, mas que fiquem contentes com a apresentação, com os resultados e queiram fazer um novo contrato para uma próxima medição". Ao final se consegue, mas realmente você tem que ser bom, tem que ser estudioso, não pode se parar diante deles para falar besteira não. As empresas acedem porque ao final se impacta na produtividade, mas a pergunta é: Como você quer impactar a produtividade? Por acima dos trabalhadores, ou com os trabalhadores? Às vezes impactá-la com os trabalhadores implica investimento neles. (Marlinda).*
>
> *Quase sempre a receptividade das empresas esta ligada aos custos que representa, e não só aos custos enquanto investimento económico direito, senão, também custos enquanto tempo e esforço para conseguir executar o programa. Então o sucesso de que nos aprovem este tipo de propostas e de mudanças diante à abordagem do Sistema de Seguridade e Saúde, depende de que tão barato e efetivo seja eu capaz de apresentar o programa. (Theo).*

Em consequência, o mercado do trabalho oferece pouca estabilidade laboral para os psicólogos neste campo. Evidenciando-se que as questões problemáticas da relação saúde-trabalho, que mobiliza a atividade deles, também fazem parte da sua realidade como trabalhadores. No entanto, a abordagem das condições psicossociais dos outros trabalhadores, não deixa de ser a abordagem das próprias questões do trabalho, nas que eles se encontram imersos.

> *Não é fácil trabalhar neste campo, mais ainda na atualidade, onde não há tempo, dinheiro e pouca estabilidade laboral. Todos sabermos que os níveis de estresse são altos e que se tem uma alta exigência do trabalho; além, está presente o medo a perder o trabalho. O Governo acordou e por fim lhe deu a importância que merece o tema, reconhecendo as patologias derivadas do estresse ocupacional, patologias que são silenciosas. Os trabalhadores presentam doenças digestivas, cardíacas, ACVs, etc. Embora a lei em risco psicossocial seja bastante clara, trabalhar na saúde dos trabalhadores sob estas condições é complexo; além, eu como trabalhadora, também faço parte disso tudo. (Vera).*

Neste sentido, identificamos que a atividade do psicólogo, ao estar atravessada pelas políticas econômicas globais, não escapa a dos prejuízos que consigo traz a precarização do trabalho. Assim identificamos, que um dos danos que se tem feito ao trabalho, e que a sua vez esta relacionado com o processo saúde-doenças no trabalho, é a diminuição – em maior ou menor medida- do poder de agir dos trabalhadores. Como falar de ampliação-produção da saúde em ambientes aonde o trabalho esta subordinado à exploração feita pelo capital? Como falar de ampliação e produção da saúde, em um ambiente de supressão e restrição, onde o psicólogo esta sujeito à lógica perversa das políticas de algumas empresas?

Desafortunadamente, encontramos casos onde as atividades do psicólogo favorecem a lógica do capital, mais do que a saúde dos trabalhadores. Nestes cenários, se espera que o psicólogo, realize uma espécie de mágica: mexer nas condições de saúde dos trabalhadores, sem mexer nos processos de trabalho. Por quê? Porque o objetivo a ser atingido aqui é cumprir com a lei sem afetar a produtividade. Nesta lógica, se pretende intervir os riscos psicossociais com *transferência* de informação – geralmente relacionada com autocuidado, manejo de estresse, estilos de vida saludáveis, inteligência financeira, emocional, etc.-. Desde modo, a empresa estaria educando psicologicamente aos trabalhadores para que sejam responsáveis pela sua saúde, cuidando da sua produtividade, evitando as multas pelo incumprimento da lei 2646/2008 e restringindo a potencia do poder de agir do psicólogo:

> *No Call Center, a empresa consultora que havia aplicado a bateria de risco psicossocial, deixo os dados das áreas nas que mais se apresentava o risco, e os domínios e dimensões mais relevantes;*

então, neste caso, o call center quer que se façam planos de intervenção para minimizar o risco. No entanto, nesta empresa, a dificuldade é que sua maior população são os agentes de Call Center, nos que se vê refletido o maior risco, mas com eles não se podem trabalhar capacitações, rodas de conversas nem oficinas, porque não podem sair do posto de trabalho. Então, cada terça me reúno com a pessoa encarregada de SO para lhe propor estratégias que permitam brindar informação aos trabalhadores sobre temas específicos, sem que tenham que sair do seu posto de trabalho. Já propus folhetos, artigos no quadro de avisos, TV em cada andar com informação rotativa e manejar um espaço na intranet especificamente de saúde e segurança no trabalho, que aborde temas focados em estrese e relações interpessoais.

Inicialmente tive inconveniente com esta empresa, porque eu lhes dizia que é muito difícil fazer uma intervenção e que se perceba uma mudança nos trabalhadores, se não se permite abordá-los e sensibilizá-los; mas eles têm sido muito enfáticos em que não se pode trabalhar diretamente com os funcionários. Assim que ainda não consegui ter contato nenhum com os trabalhadores. Propus falar com os lideres de algumas áreas, mas até agora não foi possível.

Algumas das estratégias de formação que propus foram acolhidas, outras não, por isso, cada oito dias revisamos a matriz de planos de intervenção com a pessoa encarregada, para que ela me fale qual é viável. Um dos temas que propus foi a participação dos funcionários, então sugeri que nos quadros informativos se lhes permitisse incluir artigos de interesse, mas que fossem os funcionários que decidissem os temas dos que queriam conhecer. Esta opção não se deu certo já que ela me disse que possivelmente iam propor temas de religião ou temas que geraram controvérsia e que a empresa não podia permitir isso.

Também havia proposto falar com alguns funcionários para validar como se poderiam abordar temas específicos; quer dizer, conhecer

> *que quisessem eles tratar ou o que achavam que faltava levar em consideração; mas a participação dos trabalhadores na gestão não é possível.*
>
> *Até agora só me aprovaram trabalhar o tema de ergonomia cognitiva; então, fiz um folheto de estimulação cognitiva com pequenas atividades de encontrar pares, descobrir frases e realizar cifras; inclui uma pequena informação sobre a importância de exercitar a mente. (Jaddh).*

Situações como estas, nos instigam mais questionamentos; quais efeitos pode ter nos psicólogos a amputação do seu poder de agir? Tendo afirmado que entendemos o trabalho como atividade, ele "diz respeito ao confronto do sujeito com o real, sendo o meio pelo qual ele consegue se inscrever numa obra coletiva e, ao mesmo tempo, personalizar-se. Portanto, toda forma de impedimento da atividade induz a uma imobilização do dinamismo interno do sujeito, de sua energia vital. Desprovido do objeto em que investir esta última, o sujeito se esvazia, se retrai, perde a experiência do significado". (BENDASSOLLI, 2011, p. 71).

Além de nos inquietar as consequências quando psicólogo fica diminuído no seu poder de agir, nos perguntamos, como se pretende que um psicólogo, quem é chamado para gerar transformações no trabalho, possa agir sem os trabalhadores? E mais ainda, são os psicólogos chamados para subsidiar transformações no trabalho, ou na verdade, se tem a pretensão de que eles propiciem mudanças nos indivíduos, desde uma perspectiva de culpabilização[80] dos trabalhadores, onde se relacionam os altos níveis de risco aos danos à saúde e a baixa produtividade? Ou pior ainda, essa expectativa não só faz parte das empresas, mas também dos próprios psicólogos? Que desafio supõe isso para nos psicólogos?

> *O desafio da disciplina é formar gente que se posicione a favor do*

[80] Acreditamos que, o pensamento de Gomes (2003), ao abordar os acidentes incapacitantes no setor da construção civil, exprime nosso posicionamento perante à culpabilização como elemento de algumas posturas tradicionais da saúde ocupacional. Ao respeito ele disse que "não adianta criarmos teorias mais amplas que desculpabilizem o trabalhador e transfiram a culpa ao empresário ou à chefia. A culpa personifica, individualiza uma questão que é eminentemente coletiva e, em geral, abate-se sobre a parte mais fraca, neste caso o trabalhador. A ampliação das análises é fundamental para melhorar as condições de vida e trabalho desses seres humanos, mas não definir culpa. Não se pode dividir o mundo entre verdugos e inocentes, o que existe é um modo de produção compartilhado socialmente que produz uma série de mazelas, o acidente de trabalho é apenas mais uma delas". (GOMES, 2003, p. 82).

> *trabalhador, o que não significa em contra da empresa. Formar profissionais que não culpem ao trabalhador pelas condições de trabalho nas que deve trabalhar, e que a empresa deve mudar. Isto temos que sabe-lo dizer às empresas, e é possível porque eu tenho conseguido mudanças. Eu diria que esse é o desafio para os psicólogos que tenham uma visão como a minha; mas não é a visão tradicional dentro do mundo dos psicólogos da saúde ocupacional. O psicólogo da saúde ocupacional segue achando e, da para ver no seu discurso, que o trabalhador é quem tem que fazer coisas para que se melhore tudo - e o trabalhador é quem tem que se cuidar; e o trabalhador é quem tem que cuidar do outro; e por culpa do trabalhador acontecem os acidentes de trabalho-. (Marlinda).*

Neste sentido, acreditamos que as intervenções que visam transformar aos indivíduos, mas não o trabalho, resultam problemáticas. Ao Individualizar a relação saúde-trabalho estamos indo em contra do mesmo conceito dos riscos psicossociais. Olhar para o trabalhador ignorando sua realidade no cotidiano do trabalho, só leva a intervenções que conseguem manter e patrocinar as mesmas condições de trabalho que geraram e continuaram gerando adoecimentos, acidentes e/ou sofrimento nos trabalhadores. Nestes casos, é de esperar, que não se administrem os riscos, mas aos trabalhadores substituindo-os por outros mais adaptáveis. No mesmo sentido, os psicólogos identificam praticas que não subsidiam a relação saúde-trabalho:

> *Muitos profissionais estão lhe vendendo a ideia às empresas de que com uma oficina de manejo de estresse podem intervir os riscos psicossociais, quando pela quantidade de condições que se avaliam, geralmente, a intervenção não depende exclusivamente do psicólogo, mas de outros profissionais como ergónomos, engenheiros, higienistas, etc. A intervenção, também pode significar modificações nos processos e na organização do trabalho, até porque a origem dos riscos psicossociais esta relacionada com este último aspecto. A saúde ocupacional já nos advertiu que as intervenções devem atingir primordialmente ao fator de risco e não à pessoa. (Marlinda).*
>
> *Em quanto à intervenção, as empresas não têm muito claro o tema,*

> *nos chamam para que lhes orcemos uma "oficininha", geralmente de estresse; nós lhes explicamos que isso não vai adiantar de nada. Eles focam as atividades para trabalhar sobre a pessoa e não se preocupam por trabalhar sobre a fonte, sobre o fator de risco psicossocial como tal, senão por lhes dar elementos às pessoas para que suportem esses fatores. (Maiara Ely).*

Contudo, se evidenciam praticas de psicólogos que lutam contra esta lógica, chamando a atenção na necessidade de colocar em questão os processos de trabalho:

> *Minha assessoria esta orientada a intervir os fatores de risco mais do que às pessoas; se a avaliação joga sobrecarrega laboral, minha orientação é indagar o que esta acontecendo nos processos e não fazer uma oficina de estresse laboral, que é o que fazem as empresas, como se o problema estivesse nas pessoas, mas não na sobrecarrega. Acho que esta posição diante a intervenção não é efetiva nem para as empresas, nem para os trabalhadores. Há muita oferta para as empresas desde tipo, não digo que não sejam uteis, mas, por muitas estratégias de afrontamento do estresse que eu lhe dê a um trabalhador, se esta sobrerrecargado, finalmente se vai estressar. (Maiara Ely).*

Consideramos importante o chamado feito por superar a visão de culpabilização do trabalhador pra intervir na relação saúde-trabalho; no entanto, também achamos preciso ampliar este olhar para além da concepção da prevenção dos riscos, abordagem que segundo a normatividade vigente, também se insere ao pautado no modelo da SG-SST. O enfoque positivista deste modelo nos convida colocar algumas questões relacionadas à sua efetividade na saúde dos trabalhadores, devido à complexidade do tema tratado aqui: "o trabalho".

Uma primeira questão tem a ver com a compatibilidade entre estes dois elementos, bem diferentes na sua conceptualização: o SG-SST e o trabalho. Como se articula o SG-SST ao trabalho, sendo que o primeiro é entendido como um ***processo lógico e por etapas*** e o segundo é uma ***atividade*** que é totalmente ***dinâmica***- retomando aqui o pensamento do Yves Schwartz? Parece-nos que a perspectiva do SG-SST pensada como uma prescrição

metodológica baseada no ciclo PHVA[81] apresenta dificuldade no diálogo com o real da atividade, se entendemos que o trabalho não é um processo sequencial e sistematizado em caso nenhum. Então como o psicólogo pode dialogar com um modelo tão duro, mais ainda, se os fatores psicossociais abrangem as condições do trabalho (arrisco-me dizer, que envolve todos os outros riscos tradicionalmente tratados em saúde ocupacional), as condições fora do trabalho e os aspetos individuais?

> *Quando a empresa decide iniciar o diagnóstico, gero um cronograma de trabalho, usualmente a metodologia que uso é o ciclo PHVA. O H, fazer é a aplicação dos questionários e a elaboração dos relatórios. Na V, o seguimento aos trabalhadores que têm riscos psicossociais altos a nível individual; e o acompanhamento, se a empresa deseja, ao colocar em funcionamento as atividades para a mitigação dos riscos a nível grupal. (Paula).*

Neste estudo, não se conferiu a efetividade deste modelo na ampliação-produção da saúde dos trabalhadores, mas, identificamos algumas limitações pautadas no encontro entre o controle dos riscos e o trabalho-vida. Mesmo reconhecendo que as empresas devem ser responsáveis por ambientes de trabalho dignos que não facilitem acidentes e doenças; perguntamo-nos: por acaso o objetivo do SG-SST - antecipar, reconhecer, avaliar e controlar os riscos que possam afetar a segurança e saúde no trabalho- esta sustentado no modelo do taylorismo, pretendo reduzir as defasagens entre o prescrito e o real, e por a sua vez desconhecendo a atividade? Ao respeito, Duraffourg (2007) analisa que não se tem saído do esquema taylorista quando se analisa toda defasagem como um incidente, que se trata de suprimir, como acontece com as orientações que ainda subsistem com os famosos zeros: zero incidentes, por exemplo.

> "Analisar toda defasagem como um incidente, é reconhecer que existe uma melhor forma de fazer, e uma única. Querer reduzir as defasagens até chegar a suprimi-las, é postular que elas são redutíveis. Constatar que isto era completamente ilusório, que existem sempre defasagens, era simplesmente reconhecer filosoficamente que a vida ultrapassa sempre, infinitamente, os conceitos que os homens forjaram para pensá-la" (DURAFFOURG, 2007, p. 69).

Quer dizer que por mais que se gerem estratégias do controle da vida, ela vai ultrapassar os

[81] Sigla no espanhol PHVA Planear- Hacer- Verificar- Actuar, traduzido do inglês PDCA PLAN - DO - CHECK – ACT; é um método de gestão, conhecido como ciclo de Deming ou ciclo de Shewhart.

controles que se tinham previstos, porém identificamos um potencial nas praticas dos psicólogos que superam os métodos e ferramentas rígidas, e convocam a participação dos trabalhadores como atores do trabalho, tomada na que acreditamos os psicólogos investem em *transformações duradouras no trabalho*, se queremos usar as palavras do CLOT (2010). "[…] Nosso autor só admite como duradouras as transformações que resultam da ação dos próprios trabalhadores e é por essa razão que sua proposta de análise do trabalho preocupa-se em oferecer um amparo aos coletivos de modo a aumentar seu poder de agir e ampliar seu raio de ação no meio profissional". (LIMA, 2011, p. 151).

> *Faço as intervenções em sessões grupais, estes grupos correspondem a equipes ou áreas de trabalho da empresa e participam os trabalhadores identificados como críticos na avaliação. O objetivo é procurar explicações às situações mais críticas do estudo e propor soluções com o mesmo grupo, para realizar um plano de melhora que é acionado pelos participantes e fazer recomendações na gestão. Quer dizer, as intervenções não são pré-desenhadas segundo níveis de risco. (Maiara Ely).*

Mas, o que acontece se esses grupos de risco não são identificados por conta das limitações da ferramenta avaliativa? Em outras palavras, que tão confiáveis podem ser os instrumentos quantitativos, para nos indicar quais são os coletivos de trabalho que precisam colocar em análise seu trabalho? Esta inquietação nos surge, levando em consideração, que a própria concepção dos fatores psicossociais se deu ao considerar que, dadas as transformações do trabalho, aspetos ***menos observáveis, mensuráveis e quantificáveis*** do que os tradicionais fatores de risco ocupacional (mecânico, químico, eléctrico, biológico, físico, locativo e público) estavam tendo efeitos na saúde dos trabalhadores. Acaso não constitui um paradoxo, que mesmo considerando o surgimento dos fatores psicossociais, decidimos capturá-los com uma enquete quantitativa?

Se entendemos que os fatores psicossociais "compreendem os aspetos intralaborais, os extralaborais ou externos à organização e as condições individuais ou características intrínsecas do trabalhador; as quais em uma inter-relação dinâmica, mediante percepções e experiências, influem na saúde e o desempenho das pessoas" (Resolução 2646 de 2008. capítulo II artigo 5); porque tendo um conceito tão amplo de fatores psicossociais, procuramos identificá-los com instrumentos que secionam o trabalho, quer dizer, a vida?

Como o psicólogo procura abordar desde a noção do risco tradicional, da saúde ocupacional, questões que são tão amplas e dinâmicas e que fogem a uma perspectiva positivista como esta? As limitações da avaliação com a Bateria como ferramentas quantitativa é uma questão para os psicólogos:

> *Acho que sim há que fazer um diagnóstico nas empresas, mas acho que cada empresa tem umas necessidades de avaliação diferente e os questionários não servem para todas as empresas, nem para todos os setores econômicos.*
>
> *Uma das limitações dos questionários é que são muito extensos e desgastantes […] outra limitação é em quanto conteúdo. Eles estão desenhados para empresas verticais, trabalho formal, condições clássicas e elementares de trabalho […] Para identificar pessoas em risco, mais no caso de se apresentar patologias com nexo de causalidade, então os parâmetros grupais ficam a critério nosso […] A limitação dos grupos focais da Bateria é que não avaliam todas as dimensões e fica a sensação de que as pessoas não se expressam como quisessem pela presencia de outras […] Além que os trabalhadores são citados pela empresa e sempre lhes fica a sensação de que "isto vai ser usado na minha contra" (Nice).*

Levando em consideração estas limitações, entendemos os fatores psicossociais como movimentos que fogem de ser capturados por ferramentas avaliativas; e acreditamos que a discussão do psicossocial no âmbito do trabalho é pertinente, mas se a gente tem uma visão reducionista dos riscos psicossociais, a noção do risco não da conta e é problemática para a ampliação-produção de saúde. Além do mais, insistimos que o foco da abordagem dos fatores psicossociais deve ser os processos do trabalho; e é no diálogo com os trabalhadores, mas do que com as ferramentas quantitativas de coleta de dados, que podem se colocar efetivamente em análises os riscos; para além de ser uma prerrogativa apenas dos psicólogos. Além do mais, os trabalhadores estão querendo falar dos processos de trabalho:

> *"Identifico que os trabalhadores são muito receptivos frente a estas intervenções (grupais), e veem como um benefício só o fato de poder falar e ser escutados sobre o que lhes causa mal-estar; eles sentem que desabafam" (Maiara Ely).*

Então porque fazer a distinção entre diagnóstico e intervenção – segundo o modelo do SG-SST-, se nos encontros grupais, os trabalhadores mesmos estão nos dando informações valiosas sobre os processos de trabalho, e também, tanto o psicólogo, quanto o trabalhador estão colocando em análises os efeitos da intervenção desses encontros? Além do mais, não é também mais satisfatório para o psicólogo saber que se estão gerando transformações ao intervir para conhecer?

> *"Quando penso nos efeito que todo este trabalho tem para a saúde dos trabalhadores, na verdade mesmo, eu acho que para eles era mais satisfatório, e eu me sentia mais tranquila, quando me sentava a falar com eles, embora fosse de maneira informal. Desse jeito, muitos deles me manifestavam suas inquietações e coisas que tinham sobre a empresa" (Nice).*

Imersos neste contexto, identificamos que a atividade do psicólogo esta atravessada por três demandas principais: dar conta de sua condição de experto - identificação, avaliação, prevenção, intervenção e seguimento permanente da exposição aos fatores de risco psicossocial no trabalho-; dar conta das expectativas que tem a empresa de seu trabalho; e dar conta de se manter no próprio trabalho, cuidando do que faz não afete sua própria estabilidade de emprego. Para nós, estas demandas constituem parte das dramáticas (Dramatique) da atividade dos psicólogos.

Efetivamente, para os psicólogos, efetivar as políticas em saúde que determinou o Governo, não constitui a simples execução de umas tarefas. O psicólogo se vê envolvido com seus valores, seus pensamentos, desejos, intenções; com seu corpo na convocação de um debate de valores que interfere o tempo todo nas escolhas que faz para gerir sua atividade.

Observamos então, que a atividade destes profissionais esta atravessada pelas normas antecedentes, e as renormatizações que eles fazem no encontro com o real. Assim, o trabalho vivo demanda do psicólogo se deslocar: fazer escolhas, estabelecer prioridades, agir. Agir em meio das expetativas da empresa, dos trabalhadores e do que ele mesmo considera certo:

> *É duro para nós como psicólogos, encarar um trabalhador e dizer-lhe que tem que trabalhar e ficar bem, mesmo ele esteja em um mal ambiente ou perceba que a empresa não se preocupa por sua saúde*

laboral; mas nos vemos obrigados a fazer isso às vezes.

Digo isso porque em ocasiões, nos mandam a nós a encarar o pessoal quando o trabalhador exprime seu inconformismo perante as políticas da empresa; e nos mandam se justificando em que somos psicólogos e que por isso temos que saber lidar com a situação a favor da empresa; na verdade sim, esse é nosso trabalho, mas às vezes sabemos que temos que ***virar a "arepa"*** [82]*, como dizia minha vovó, e é difícil.*

Acontece que uma vez, tive que ministrar uma capacitação em um dos maiores hipermercados do país, eu não posso falar qual. Bom, estávamos conversando de relações interpessoais e soluções de conflitos, justamente. Tinha que ministrar essa capacitação antes que abrirem as portas para os clientes; bom, efetivamente se fez, todo o pessoal saiu receptivo e, pois feliz. Quando eu estava pegando minhas coisas, entrou o diretor ou o coordenador de Bogotá para falar-lhes e xingou eles, foi bem grosso. Imagina! Eu falando de respeito, de aprecio, de empatia e chega este senhor a xingar eles de um jeito tenaz. Eu na verdade, fique ali onde estava, nem sai, fiquei com pena deles. O pior ainda é que, na hora de abrir as portas, eles bateram palmas para os clientes, pois era costume do supermercado. Isso *foi tenaz, horrível, nunca voltei a ministrar capacitações lá, fiquei muito triste.*

Imagina! Te fazem passar vergonha. O que fazer perante disso? Nada; nesse caso, o único que você pode-lhe dizer às pessoas, é que lidem com o chefe, que só eles decidem como se podem sentir com respeito a isso. Na verdade, essa é uma saída, mas a gente sabe que ninguém quer ter um chefe que xingue a gente todos os dias.

Isso é o que acontece, o tema da produtividade às vezes esta por em

[82] Arepa é uma comida típica colombiana, feita com canjica de milho, a qual é cozinhada, moída e temperada com sal, logo é feita uma bolinha, que é esmagada e frita pelos dois lados; porém, a gíria "voltear a arepa" - no espanhol- tem o sentido de mudar uma situação completamente em favor de uma das partes, deixando a outra sem argumentação. Por exemplo, se justifica uma ação até o ponto de que a vitima vira verdugo.

> *cima do bem-estar laboral. Quando você começa neste tema, não é fácil de lidar com ele, mas aprende a não ir-se em contra, senão a lidar com seus chefes, e mostrar-lhes com gestão, que há melhores maneiras de se relacionar; refiro-me às estadísticas de rotação, quando se pode, quando não, pois nada que fazer.*
>
> *"Virar a arepa" a favor do trabalhador é um tema difícil, eu já tentei; o fiz mostrando estadísticas de como o nível de rotação e acidentalidade, pode ser prejudicial para a produtividade da empresa. É ai quando o empregador começa a pensar nas consequências de algumas decisões ou tratos que da para os empregados. Alguns desses tratos são, por exemplo, demitir as pessoas porque se recusam trabalhar das 12h00 do meio dia às 12h00 da noite, sabendo que os trabalhadores o fazem porque a empresa fica em um setor inseguro de Bogotá e sair a essa hora do serviço é perigoso. (Vera).*

Evidentemente, no trabalho do psicólogo, há debate de valores o tempo todo; os psicólogos devem considerar desde os aspetos aparentemente mais "simples", como a organização cronológica das atividades, até decisões que sugerem posicionamentos políticos, "viro a arepa" a favor da empresa ou, a favor do trabalhador? Faço parte de uma "prática manipulatória que tem como objetivo tornar suportável aquilo que é intolerável" (SCHWARTZ, 2007, p. 60), ou tento convencer a empresa de fazer uma mudança nas suas práticas e políticas, visando a produzir-ampliar a saúde dos trabalhadores?

No entanto, este debate de valores se coloca com força, sobretudo, quando está em jogo a própria empregabilidade. Além do mais, estes debates são atravessados por relações, como o tipo de vínculo laboral que o profissional tem com a empresa – entendendo que existe uma distinção entre o psicólogo consultor e o psicólogo contratado com respeito à relação que é estabelecida com a empresa- e a atuação paralela nas áreas de RRHH e saúde ocupacional; condição que também parece modular as escolhas, segundo se identifica no trecho da seguinte narração, onde se aborda o tema de assédio laboral e as escolhas do psicólogo perante esse tipo de situações. Acreditamos que a "inteligência" mencionada se refere ao debate de valores:

> *As consequências destes tratos e decisões das empresas com os*

trabalhadores são o alto nível de estresse laboral, a sensação de falta de vontade e depressão laboral, quando a pessoa sente que não serve nem para esse trabalho nem para outro logo de ter passado uma e outra vez por esse tipo de chefes; em alguns casos ocorre a sensação de fracasso. Têm acontecido alguns casos de suicídio e já conheci de outros onde se presentaram agressões físicas, ou de algum outro tipo, contra alguns chefes pelo maltrato que dão seus empregados. E este tema não é novo.

É uma situação complexa, o tema é que aqui na Colômbia tão só se comprovaram a nível nacional dois (2) casos de assédio laboral, quando na verdade a gente -os psicólogos- sabe que há milhes de casos que não se podem comprovar. As empresas são muito hábeis[83] *e lamentavelmente isto se deve também aos advogados laborais e aos chefes de Recursos Humanos (RRHH).*

As empresas são hábeis para colocar letra pequena nos contratos, são hábeis para justificar a sobrecarrega laboral, são hábeis para mandar embora uma pessoa que adoeceu, se acidentou, ou ficou gravida; sem nenhuma explicação além de "terminou seu contrato laboral". Ou são hábeis para entediar aos trabalhadores só porque não gostaram deles. Eu tenho visto isso de perto em muitos momentos, e acredite, eu sinto bastante dor.

Tenho aprendido a respeitar ao empregador, mas quando vejo que o empregador é um fdp[84]*, definitivamente procuro a maneira de ir embora; essas coisas não me deixam em paz, nunca faria algo que estivesse contra de mim como pessoa, sei até onde posso manejar a situação e quando disser NÃO.*

Isto é difícil, como psicólogo, você não pode ir contra a empresa, mas também não pode lhe dar toda a razão ao empregado em alguns

[83] Aqui hábil refere-se a um jeitinho de *experto*, no sentido popular do português.

[84] Abreviação de palavrão.

> *casos, por isso há que ser inteligente e estudar cada caso com cabeça e com inteligência.*
>
> *É difícil explicar como opera essa inteligência no dia a dia quando se trabalha simultaneamente em saúde ocupacional e RRHH. Quando se trabalha em RRHH, você deve procurar o pessoal e vender a melhor imagem da sua empresa para trabalhar aí; quando se trabalha em saúde ocupacional, se supõe que o mais importante é a saúde dos trabalhadores, mas não é assim, porque em muitas ocasiões o mais importante é a produtividade dos trabalhadores. É ai onde você deve ser inteligente e mostrar com cifras que, para que a produtividade suba ou se mantenha, deve melhorar a saúde mental e a vontade e as maneiras de se cuidar para prevenir acidentes. (Vera).*

Estas questões, que colocam em jogo os valores dos profissionais e constituem e atravessam a saúde dos trabalhadores, a qual é tratada em muitos casos, por muitos dos empregadores, como um "deixa para lá", não só traz a discussão da saúde dos outros, também traz a discussão da própria saúde; uma vez que sabemos que, o psicólogo, ao se encontrar com o real do trabalho, tem o desafio de lidar com as infidelidades do meio; o que a sua vez pode produzir saúde ou adoecimento.

Porém, para o psicólogo, interferir na saúde dos outros, significa também interferir na própria saúde. Conseguir colocar a questão da saúde dos trabalhadores como uma prioridade dentro da empresa; ou modificar na hora os planos que se tinham previstos no cronograma, para ter que lidar com uma situação de assedio laboral, por exemplo, faz com que ele estabeleça uma margem de tolerância às infidelidades do meio; e essa margem, se constrói em atividade; fazendo uso de si, por si e, pelos outros.

É na atividade que o psicólogo é construtor de saúde, por si, e pelos outros; é em atividade que ele confronta o prescrito e o que previu do prescrito – antecipação que é mediada por sua historia com o real, por sua experiência -, para interferir em si próprio e nos outros. No debate de normas que surge no contato com o real, ele estabelece sua própria margem de tolerância às infinidades do meio fazendo uso de si. No entanto, se ele tem boa saúde, pode transformar em ação o sofrimento ou, se for o caso, o adoecimento, que lhe convoca presenciar uma situação de assédio laboral; por exemplo -, claro, isto depende do psicólogo, mas também da intensidade das infidelidades-. O psicólogo tem a capacidade de adoecer e se restaurar;

lembrando aqui que “estar com boa saúde é poder cair doente e se recuperar; é um luxo biológico”. (CANGUILHEM, 2009, p. 78). E isto, mesmo que neste campo de trabalho nem sempre se considere a própria saúde do psicólogo; desconhecendo que se trata de mais um trabalhador que não é imune à vida:

> *A parte triste começa ao demostrar que a saúde é importante em cargos que não têm uma alta acidentalidade, nunca vi que levem a serio a possibilidade de que um psicólogo (a) adoeça, se estresse, se deprima; bom! Que fique muito mal. É difícil que se considere. (Vera).*

Observa-se então, que a saúde e a doença como efeitos dos processos de trabalho, são uma questão que não se leva a serio pelas empresas - nem por outros atores deste sistema permeado pela lógica do capital-, e as consequências desta problemática são sofridas também, pelos mesmos psicólogos que têm o trabalho de dar subsídios para a saúde dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

> *"Nada mudará na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo, ao lado dos aparelhos de Estado a um nível muito mais elementar, cotidiano, não forem modificados".*
>
> *Michel Foucault.*

Ou se se prefere:

> *"Nós mesmos devemos ser a mudança que desejamos encontrar no mundo"*
>
> *Ghandi.*

O diálogo entre as perspectivas das clinicas do trabalho e a ST, e a atividade dos psicólogos com formação em saúde ocupacional, nos permitiu refletir sobre os avanços e limites da abordagem do risco psicossocial no atual sistema institucional; que por a sua vez, tramam os desafios destes profissionais para a ampliação-produção de saúde dos trabalhadores.

Observamos que a resolução 2646 de 2008, como norma antecedente da atividade dos psicólogos, vem sendo permanentemente renormalizada no cotidiano de trabalho, já que esta política é atravessada o tempo todo pelas normas e valores, não só destes profissionais, mas também, dos atores do todo o sistema institucional – empresas, Estado, ARLs, trabalhadores e Universidades -. Neste sentido, identificamos algumas práticas que parecem restringir a ampliação e produção de saúde dos trabalhadores – incluídos os mesmos psicólogos-, uma vez que os interesses do capital, em muitos casos, parecem diminuir o poder de agir dos trabalhadores.

Acreditamos na boa fé das políticas que buscam promover a saúde dos trabalhadores, mas também, acreditamos que se devem potencializar as vantagens da discussão dos fatores psicossociais no trabalho, no irrecusável diálogo com os trabalhadores; se, o que se procura na verdade, é a saúde dos mesmos.

Entendemos que tal diálogo supera a coleta de informação que os instrumentos avaliativos atingem, e se bem não descartamos o uso de ferramentas quantitativas, se devem considerar os seus limites, os quais são identificados pelos mesmos psicólogos; o que desvela que, tão só

o uso destes instrumentos não dá conta para conhecer a atividade dos trabalhadores. No entanto, consideramos que é no diálogo aberto e no contato com as dramáticas dos usos de si dos trabalhadores, que é possível efetivar políticas que conduzam à ampliação- produção de saúde.

Dialogar com o trabalhador não significa "deixar para lá" o diálogo que vêm acontecendo entre os outros atores; significa inserir o trabalhador em uma discussão que concerne a sua saúde. Ou, acaso, estes diálogos entre Academia, ARLs, Governo e Empresas, também são mediados por questionários avaliativos?

É urgente e preciso inserir o trabalhador na discussão da saúde, para além dos "processos lógicos" e por etapas que supõem os Sistemas de Gestão – neste caso o SG-SST-. Neste sentido, acreditamos importante potencializar o planteado na mesma legislação que sustenta este modelo - decreto 1443 de 2014-. Aonde se dispõe o uso de metodologias adicionais à sistêmica, para a avaliação dos riscos, incluídos os de origem psicossocial.

Assim, poderemos ir para além de avaliações estruturadas, criando com cada coletivo de trabalho as próprias técnicas, lógicas, dispositivos, que possibilitem mergulhar na atividade, não para tirar um diagnóstico anual que permita identificar grupos de risco - os quais serão intervindos algum dia, tal vez, quando pela precarização de trabalho, esses trabalhadores tão só façam parte de uma lista de pessoal a ser demitido -; mas para conhecer-intervir –ligação indissolúvel- no real do trabalho as questões relativas à saúde dos trabalhadores. É neste sentido que as clínicas de trabalho poderiam subsidiar as metodologias que visam ampliar-produzir a saúde dos trabalhadores.

Levando em consideração que esta questão da saúde dos trabalhadores, não é um problema isolado que concerne às empresas, mas a toda uma sociedade que esta sendo afetada pelas políticas econômicas da globalização; propomos fazer uso do DD3P, para além de uma inspiração de pesquisas como esta, mas para a posta em marcha no campo da ação. Criar diálogos entre a academia e os trabalhadores, fará mais potente a atividade dos psicólogos neste campo e viabilizará e visibilizara maiores impactos na saúde dos trabalhadores.

Assim, é preciso, também discutir com a academia a formação dos psicólogos. Sendo que existe uma fragilidade neste aspecto, vale a pena repensar estratégias de formação que na verdade subsidiem a atuação dos psicólogos neste contexto. Fortalecer uma formação voltada para a saúde dos trabalhadores pode gerar desconforto em alguns atores do sistema, mas

acreditamos na existência de territórios onde seja possível conciliar os interesses dos trabalhadores com os das empresas, mesmo no meio de uma economia capitalista.

Para finalizar valorizamos o avanço da Colômbia ao inserir a discussão dos fatores psicossociais na relação saúde-trabalho, mas consideramos que, para que de fato este campo se constituía em um campo fértil, é preciso, para além das vontades, as ações de todos os atores do sistema; pelo que o desafio segue latente, não só para os psicólogos com formação em saúde ocupacional, mas para a sociedade em geral, se queremos achar o elo que nos permita estabelecer a saúde do trabalhador como uma política de vida dos homens e países.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, V; GOMEZ, I. C. **Salud laboral investigaciones realizadas en Colombia**. Cali: Pontificia Universidad Javeriana, 2008. Disponível em http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/viewFile/701/977 Acesso em: 02 fevereiro 2014.

- BARROS, M. E. B. **Uma vida profissional: como manter no peito uma estrela dançante?** Vitória: Saberes Instituto de Ensino, 2012.

- BENDASSOLLI, P. et al. (Orgs). **Clínicas do trabalho.** Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011a.

- BENDASSOLLI, P. F. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza. v. X, n. 1, p. 63 – 98, mar/2011c. Disponível em: http://www.pedrobendassolli.com/textos/mal-estar.pdf Acesso em: 07 Fev. 2015.

- BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Clínicas do trabalho: filiações, premissas e desafios. **Cad. psicol. soc. Trab**, São Paulo, v.14, n.1, jun. 2011b. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-37172011000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 19 Janeiro 2015.

- BRAGA, A; GASTALDO, É. Variações sobre o uso do Skype na pesquisa empírica em comunicação: apontamentos metodológicos. **Revista Contracampo**, Niterói v. 24, n. 1, p. 04-18, 2012. Disponível em: http://www.uff.br/contracampo/index.php/revista/article/view/185. Acesso em: 25 março 2014.

- BRITO, J. Saúde do Trabalhador: reflexões partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO et al. (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

- CLOT, Y. Clínica do Trabalho e Clínica da Atividade. In: BENDASSOLLI, P. et al. (Orgs). **Clínicas do trabalho.** Novas perspectivas para compreensão do trabalho na

atualidade. São Paulo: Atlas, 2011, p. 71-83.

- CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.
- COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M. L. Implicar. In: GALLI, Tania. et al. (Org). **Pesquisar na diferencia.** Um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012, p. 131-133.
- COLOMBIA. **Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicossocial**. Bogotá D.C: Ministerio de la Protección Social, Julio de 2010.
- COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. **Primera encuesta nacional de condiciones de salud y trabajo en el sistema general de riesgos profesionales (I ENCST).** Bogotá: Ministério de la Protección Social, 2007.
- COLOMBIA. MINISTERIO DEL TRABAJO. **Informe ejecutivo de la segunda encuesta nacional de condiciones de seguridad y salud en el trabajo en el sistema general de riesgos laborales de Colombia**. Bogotá: Min Trabajo., 2013.
- COLOMBIA. **Plan Nacional de Salud Ocupacional 2008-2012**. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Fondo de Riesgos Profesionales., 2009, 2da Edición.
- DA COSTA, A. M. N. et. al. Uso de entrevistas on-line no método de explicitação do discurso subjacente (MEDS). **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 22 n.1, 36-43, 2009. Disponivél em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722009000100006&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-79722009000100006. Acesso: 25 março 2014.
- DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho: o que fazer?** Brasília: Paralelo 15, 2010.
- DEJOURS, C.; **Trabalho Vivo. Tomo II: Trabalho e Emancipação**. Brasília: Paralelo 15, 2012.
- DURAFFOURG**,** J.; DUC, M.; DURRIVE, L. O trabalho e o ponto de vista da atividade In: SCHWARTZ, Yves; DURAFFOURG, Jacques. **Trabalho e ergologia**: conversas sobre atividade humana. Tradução de Jussara Brito et al. Niterói: EdUFF, 2007, p. 47-82.

- FERRAROTTI, Franco. Industrialización e Historias de Vida. **Revista Historia y Fuente Oral**, n.º 09, Barcelona: Universidad de Barcelona, 1993.

- FUNDACENTRO Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho. Diretrizes sobre Sistemas de Gestão da Segurança e Saúde no Trabalho. São Paulo: 2005. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/safework/pub/diretrizes_sobre_gestao_364.pdf . Acesso em: 17 jan. 2015.

- GALEANO, E. **Las venas abiertas de América Latina**. Uruguay: Monthly Review, 1971.

- GENNARI, A e ALBUQUERQUE, C. Globalização e reconfigurações do mercado de trabalho em Portugal e no Brasil. **Revista brasileira ciência e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 79, p. 65-79, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69092012000200005&script=sci_arttext Acesso em: 10 Ago. 2013.

- GENNARI, A e ALBUQUERQUE, C. **Precarização do trabalho no Brasil. Mapeamento das configurações sociais, econômicas e políticas e impactos nas condições de vida dos trabalhadores e famílias**. Trabalho apresentado no VII Congresso Latino-Americano de Estudos do Trabalho - O Trabalho no século XXI. Mudanças, impactos e perspectivas- da ALAST. São Paulo, 02 - 05 Julho, 2013. Disponível em: http://congressoalast.com/wp-content/uploads/2013/08/141.pdf Acesso em: 09 jan. 2014.

- GOMES, R. **A Produção Social do Infortúnio**: acidentes incapacitantes na construção civil. 2013. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2013.

- INSTITUTO SALUD Y TRABAJO (ISAT). **Diagnóstico situacional en seguridad y la salud en el trabajo**. Perú: ISAT., 2011.

- LIZARAZOA, C. G et al. Breve historia de la salud ocupacional en Colombia**. Revista Archivos de prevención de riesgos laborales**. España, v. 14, n. 1 p. 38-42, 2011. Disponível em: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3413344 Acesso em: 10 janeiro 2014.

- LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação In: ALTOÉ, S. (org) **Analista institucional em tempo integral**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

- MENDES, R. & DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde pública**, São Paulo, 25 (5): 341-9, 1991.

- MINAYO, G. C et al (Org). **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

- NARDI, H. C. Saúde do Trabalhador. In: CATTANI, A. D. (org.) **Trabalho e tecnologia, dicionário crítico**. Petrópolis: Editora Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade,. 219-224. 1997.

- OSORIO, D. C. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Niteroi, v. 19 n. 12, 4751-4758, 2014.

- POVEDA, G. **La minería colonial y republicana**. Cinco siglos de variantes y desarrollos. Rev. Credencial Historia. Edición 151. Bogotá. 2002. Disponível em: http://www.banrepcultural.org/blaavirtual/revistas/credencial/julio2002/lamineria.htm. Acesso em: 20 Janeiro 2014.

- RAMIREZ, M; GUEVARA, D. Mercado de trabajo, subempleo, informalidad y precarización del empleo: los efectos de la globalización. **Revista Economía desarrollo**, Colombia, v. 5, n. 1, p. 95-130, marzo. 2006. Disponível em: http://www.fuac.edu.co/revista/V5N1MAR2006/4%20-%20LABORAL.pdf Acesso em: 16 fev. 2014.

- RODRIGUES, H. B. C.; VERA, L. B. S. A Análise Institucional e a Profissionalização do Psicólogo in **Análise Institucional do Brasil** — RJ Ed. Espaço e Tempo, 1987, 17-36.

- RUDAS, G; ESPITIA, J. E. Participación del Estado y la sociedad en la renta minera. Em: GARAY, Luis Jorge. **Minería en Colombia** Fundamentos para superar el modelo extractivista. Bogotá: Contraloría General de la República, 2013. p. 125-175. Disponível em: http://www.colombiapuntomedio.com/Portals/0/Archivos2013/Miner%C3%ADa.pdf Acesso em: 12 fevereiro 2015.

- SCHWARTZ, Y. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, n. 7, jul-dez 2000. Disponível em: http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/trabedu/article/viewFile/1681/1274 Acesso em: 26 janeiro 2015.

- SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Revista Educação e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 65, p. 101-139, Dec. 1998b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004&lng=en&nrm=iso#IInot Acesso em: 28 Jan. 2015.

- SCHWARTZ, Y. **Trabalho e Ergologia**. Conversas sobre a atividade humana. Ed. Niterói, 2007.

- SCHWARTZ, Y. Travailler, gérer. **Société Française**, n. 27, p. 18-20, 1988a.

- SOTELO, V. La precarización del trabajo: ¿premisa de la globalización? **Revista Papeles de Población**, México, v. 4, n. 18, p. 82-98, oct/dic. 1998. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/112/11201804.pdf Acesso em: 16 fev. 2015.

- VEGA, C. R. **Extractivismo, enclaves y destrucción ambiental**. Rev. CEPA No. 19, Bogotá. 2014. Disponível em: http://www.rebelion.org/noticia.php?id=188553 Acesso em: 12 fevereiro 2015.

- VILLALOBOS, G. Vigilancia epidemiológica de los factores psicosociales. Aproximación conceptual y valorativa. **Ciencia y Trabajo**, v. 6 n.14, 197-201, Oct-Dic 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A-Convite de participação na pesquisa.

Cordial saludo,

Desde el Programa de Pos-graduación en Psicología Institucional PPGPSI de la Universidad Federal de Espíritu Santo en Brasil, estamos invitando a psicólogos especialistas en salud ocupacional, que actualmente laboran en el área, a participar en el proyecto de investigación de maestría "Riesgo psicosocial: una cuestión que desafía la actividad del psicólogo en la ampliación/producción de la salud de los trabajadores colombianos".

El objetivo de esta investigación es analizar la actividad de los psicólogos con formación en salud ocupacional, que actúan en la gestión de los riesgos psicosociales en Colombia, con el fin de abordar los desafíos de estos profesionales en la ampliación/producción de la salud de los trabajadores, considerando las políticas que median sus prácticas.

Teniendo en cuenta que el alcance de este estudio no es evaluar, sino conocer y analizar la actividad de los psicólogos en el campo de la salud en el trabajo, la metodología para la participación de los profesionales no será a través de encuestas ni entrevistas estructuradas, sino de una serie de conversaciones suscitadas por preguntas abiertas que se llevaran a cabo mediante algunos encuentros virtuales. La frecuencia de los encuentros se definirá en conjunto, teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo de los participantes.

Será un placer que hagas parte de esta investigación.

Para mayor información, confirmar tu participación y/o responder a tus inquietudes, puedes entrar en contacto con la investigadora responsable:

Luisa Fernanda Delgado Martínez
Psicóloga UCC
Especialista en Salud Ocupacional U.M.B.
Mestranda Psicologia Institucional UFES
Telefone: 55(27) 996982737
Email: psicoluisafernanda@yahoo.com.br
Skype: psicoluisadm
WhatsApp: +55(27) 996982737
Vitória ES, Brasil.

APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TCLE

Risco Psicossocial: Uma questão que desafia a atividade do psicólogo na ampliação/ produção da saúde dos trabalhadores colombianos.

Universidade Federal do Espírito Santo UFES /Centro de Ciências Humanas e Naturais CCHN /Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional PPGPSI

- Responsáveis da pesquisa
  - Líder do projeto: Luisa Fernanda Delgado Martinez
  - Professor Orientador: Rafael Gomes

- Nome do voluntário:
- Idade: No identificação:

O Sr. (ª) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa de mestrado "Risco Psicossocial: Uma questão que desafia a atividade do psicólogo na ampliação/produção da saúde dos trabalhadores colombianos".

Entendendo que a saúde é uma questão que tem sido tratada no "mundo do trabalho" e que abrange trabalhadores, diretorias, professionais de diversas áreas, o Estado e a sociedade em geral, se identifica a importância de colocar como questão a atividade do psicólogo especialista em saúde ocupacional, na ampliação-produção da saúde dos trabalhadores, tendo como referente a legislação colombiana em riscos psicossociais.

O objetivo desta pesquisa é conhecer e analisar a atividade dos psicólogos especialistas em saúde ocupacional, que atuam na gestão dos riscos psicossociais na Colômbia; visando a abordagem dos desafios destes professionais na ampliação/produção da saúde dos trabalhadores, levando em consideração a políticas que atravessam suas praticas. No entanto, o fim desde estudo não é avaliar a atividade dos psicólogos, mas conhece-la e coloca-la em analise.

Os métodos usados são entrevistas realizadas principalmente através de ferramentas de comunicação online (Skype, o Google Talk e congêneres) devido ao fato de permitirem o acesso aos voluntários, levando a consideração sua longe localização geográfica.

Das conversas, serão obtidas cópias gravadas para realizar transcrições que após de serem encaminhadas em forma de texto ao email de cada participante, serão modificados em conjunto (pesquisador e voluntario) e se usarão como os documentos fonte das análises desta pesquisa.

A frequência das entrevistas será segundo a disponibilidade de tempo dos participantes.

Não se tem identificados riscos ou desconfortos que afeitem negativamente aos participantes, sendo que o contato com eles esta centrado nas conversas referidas e não há tipo nenhum de procedimento invasivo nem intervenções psicoterapêuticas.

Os benefícios que se atingem com esta pesquisa são contribuir para a saúde do trabalhador desde-para a atuação dos psicólogos que agem neste campo, procurando impactar tanto na Colômbia, como pais objeto da pesquisa, quanto no Brasil como país

inspirador das análises.

A participação nesta pesquisa é *voluntária* e o participante tem a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo. Mesmo assim o voluntário pode sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com esta pesquisa, mediante contato direito com a pesquisadora.

As informações geradas desta pesquisa serão divulgadas em eventos ou publicações pertinentes, mas não haverá identificação dos participantes envolvidos, sendo assegurado o sigilo dos responsáveis pelo estudo, garantido o anonimato dos voluntários. Em relação ao material coletado, como gravações, áudios e filmagens, estes serão mantidos em arquivo magnético, depois de concluída esta pesquisa, sob a guarda da pesquisadora, por 5 anos e posteriormente serão destruídos.

Eu, _____,nº de identificação _____ após a leitura deste documento declaro ter sido informado (a) suficientemente do projeto de pesquisa acima descrito e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, pelo que acredito ter clareza de tudo o explicado, sabendo que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar como voluntario deste estudo.

A Colômbia, _____ de _____ de _____

_____

Assinatura do voluntário

C.C:

Vitória, 19 de 09 de 2014

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo:

Luisa Fernanda Delgado Martinez
Pesquisadora UFES
Telefone: 55(27) 996982737
Email: psicoluisafernanda@yahoo.com.br
Skype: psicoluisadm
WhatsApp: +55 27996982737
Vitória ES, Brasil

Prof.°Dr.° Rafael Gomes
Testemunha - Orientador da pesquisa
Programa de Pós-graduação em psicologia Institucional PPGPSI
Universidade Federal do Espirito Santo UFES