



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE- CCBS
UNIDADE ACADÊMICA DE PSICOLOGIA- UAPSI

SÂNIA MARIA NÓBREGA DE MORAIS

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: REVISÃO SOBRE AS PRINCIPAIS CAUSAS
DE TRANSTORNOS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO.

CAMPINA GRANDE- PB
2018

SÂNIA MARIA NÓBREGA DE MORAIS

SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR: REVISÃO SOBRE AS PRINCIPAIS CAUSAS
DE TRANSTORNOS E POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO.

Trabalho apresentado à Unidade Acadêmica de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande/PB, em cumprimento às exigências parciais para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Aline Vieira de Lima Nunes.

CAMPINA GRANDE- PB
2018

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Tereza Brasileiro
Silva, CCBS/UFCG**

M827s

Morais, Sânia Maria Nóbrega de.

Saúde Mental do Trabalhador: Revisão sobre as principais causas de transtornos e possibilidades de intervenção / Sânia Maria Nóbrega de Moraes. – Campina Grande: o autor, 2018.

28 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientadora: Prof^a. Aline Vieira de Lima Nunes, Dr^a.

1. Saúde Mental do Trabalhador. 2. Políticas Públicas do Trabalhador.
3. CEREST. I. Autor. II. Nunes, Aline Vieira de Lima. (Orientador). III. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964.2 (813.3)

**Responsabilidade técnica - catalogação:
Jônatas Souza de Abreu, M Sc. CRB-4/1823**

TERMO DE APROVAÇÃO

SÂNIA MARIA NÓBREGA DE MORAIS

Saúde Mental do Trabalhador:

Revisão sobre as principais causas de transtornos e possibilidades de intervenção.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito básico para obtenção do grau de Psicólogo no Curso de Psicologia outorgado pela Universidade Federal de Campina Grande – PB.

APROVADO EM: 06/12/2018

BANCA EXAMINADORA

Aline Vieira de Lima Nunes

Profª. Dra. Aline Vieira de Lima Nunes – UAPSI/UFCG
Orientadora

Roseane Christina da Nova Sá-Serafim

Profª. Dra. Roseane Christina da Nova Sá-Serafim– UAPSI/UFCG
Examinadora interna

Eduardo Breno Nascimento Bezerra

Prof. Me. Eduardo Breno Nascimento Bezerra – UNNASSAU
Examinador externo

RESUMO

O nexos causal entre adoecimento e trabalho tem sido um fator que dificulta o diagnóstico em se tratando de saúde mental. Para tanto, o CEREST foi criado, como uma política pública para a saúde do trabalhador, onde seus dados e ações oferecem respaldo para promover a saúde do trabalhador e prevenir o adoecimento. A fim de analisar os dados mais relevantes sobre o adoecimento mental de trabalhadores, objetivou-se identificar (a) quais as principais causas de transtornos mentais encontram-se documentadas nas produções acadêmicas, assim como (b) as intervenções propostas para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores brasileiros, nos dados dos CERESTs. Para tanto, foi realizada uma revisão sistemática de produções acadêmicas através das palavras-chave: “saúde mental”, “saúde do trabalhador”, e “CEREST”, nas bases acadêmicas Lilacs, Scielo, Pepsic e PubMed. Foram encontrados um total de doze publicações. Após as exclusões devido repetições ou por se deter ao adoecimento físico, nossa amostra se define a oito escritos. Os resultados mostraram que a falta de condições adequadas para exercer a atividade, a falta de reconhecimento do esforço e doação do profissional em prol da atividade, assim como determinadas situações constrangedoras como assédio moral ou humilhações, são fatores adoecedores. Existem outras questões dentro do sistema de identificação, auxílio e assistência a SMRT (Saúde Mental Relacionada ao Trabalho) que são prejudiciais não apenas a saúde do trabalhador, mas também afeta a rede de suporte proposta para esse grupo-alvo. Além disso, os resultados também apontaram possibilidades de enfrentamento e intervenções que auxiliam no combate ao problema em diversas fases. Desta forma, as notificações são de extrema importância pois trazem a possibilidade de se pensar o cuidado do trabalhador e, conseqüentemente da classe, além de orientar as empresas para uma atuação pensada na saúde mental destes funcionários. Portanto, a pesquisa se mostra de bastante relevância científica e social.

Palavras-chave: Saúde Mental do Trabalhador, Políticas Públicas do Trabalhador, CEREST.

ABSTRACT

The causal link between illness and work has been a factor that makes diagnosis difficult when it comes to mental health. So, CEREST was created as a public policy for worker health, where its data and actions provide support to promote worker health and prevent illness. In order to analyze the most relevant data about mental illness of workers, it has been aimed to identify (a) which are the main causes of mental disorders that can be found at documented academic productions, as well as in (b) the interventions proposed to improve the quality of life of Brazilian workers, in the CEREST data. Therefore, a systematic review of academic production was carried out through the key words: "mental health", "worker health", and "CEREST", in the academic bases Lilacs, Scielo, Pepsic and PubMed. A total of twelve publications were found. After exclusions either due to repetitions or because the studies were about the physical illness, our sample is defined to eight written. The results showed that the lack of proper conditions to exercise the activity, the lack of recognition of the effort and dedication of the professional in favor of the activity, as well as certain situations such as harassment or humiliation, are sickening factors. There are other issues within the identification, support and assistance to the MHW system (Mental Health in the Workplace) that are harmful not only the worker's health, but also affects the supporting network proposed for this target group. Moreover, the results also pointed out possibilities of interventions that assist in addressing the problem in different phases. Thus, notifications are of the utmost importance because they bring the possibility of thinking about the employee's care and, consequently, of the class, besides guiding the companies to an action based on the mental health of these employees. Therefore, the research shows scientific and social relevance.

Keywords: Mental Health of the Worker, Public Worker Policies, CEREST.

SUMÁRIO

RESUMO	Página 4
ABSTRACT	Página 5
1. INTRODUÇÃO	Página 7
1.1 SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL	Página 8
1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR	Página 9
2. MÉTODO	Página 12
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	Página 12
3.1 PRECARIIDADE DAS FERRAMENTAS DE TRABALHO	Página 14
3.2 A FALTA DE RECONHECIMENTO DO TRABALHO	Página 16
3.3 DIFICULDADES ALÉM DAS FRONTEIRAS DO TRABALHO	Página 17
3.4 SOFRIMENTO PSICOLÓGICO E FÍSICO	Página 19
3.5 CRÍTICAS AO SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO, AUXÍLIO E ASSISTÊNCIA A SMRT	Página 19
3.6 POSSIBILIDADE DE ENFRENTAMENTO E INTERVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR	Página 23
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	Página 25
5. REFERÊNCIAS	Página 27

1. INTRODUÇÃO

O trabalho é essencial na vida do ser humano. É a atividade que faz parte da identidade do sujeito e da cultura ao qual está inserido. Assim, é uma área da vida que pode contribuir decisivamente para o bem-estar físico, mental e social. Portanto, o trabalho pode ser decisivo também no processo de adoecimento, que por vezes, ou faz parte da causa, ou é a origem da doença.

Diversos autores apresentam o nexos causal entre doença e trabalho como atividade de difícil prática, no que se refere ao adoecimento mental. Dentre esses autores pode-se citar Dejours (1992), Jacques (2003), Silveira (2009), Scaim (2009), Frano, Druck e Seligmann-Silva (2010), Oliver, Perez e Behr (2011), e Brito, Neves e Athayde (2011). Por vezes, o nexos causal é dificultado pela falta de comprovações empíricas, como se produz em casos de exames biológicos, que mostram relação causa e efeito mais diretas.

De fato, o trabalho como origem do adoecimento do trabalhador foi inicialmente problematizado por Ramazzini (1700), como citado em Jacques (2003), que contextualiza as consequências do trabalho no processo de adoecimento do sujeito de forma mais monocausal. É no pós 2º Guerra Mundial que se considera múltiplas causas como fatores adoecedores no trabalho. O francês Le Gilland, um dos fundadores da Psicopatologia do Trabalho, realizou um trabalho intitulado “A neurose das telefonistas” publicado em 1984, que conseguiu delinear a causalidade do adoecimento mental das telefonistas francesas às características da atividade realizada por elas (Jaques, 2003).

Apesar dos avanços nos estudos dessa área, sabe-se que um grande número de trabalhadores não consegue obter um diagnóstico que relaciona os sintomas e adoecimento à organização e às condições do trabalho (o que faz, como faz, com quem faz, etc.). Em contrapartida, por falta de informação, interesse ou investimento das instituições em geral, a prevenção do adoecimento psíquico também é deficitária. De fato, essa realidade evidencia a necessidade de pesquisas sobre como se apresenta o fenômeno do adoecimento dentro do ambiente laboral, a fim de desenvolver técnicas que possam não apenas prever e prevenir, mas também controlar e tratar. Neste sentido, as políticas públicas direcionadas à saúde do trabalhador se mostram de grande valia. A rede pública de assistência a saúde é uma delas.

O Sistema Único de Saúde (SUS) funciona através de uma rede integrada e intersetorial, que pode ser compreendida como uma articulação entre diversos serviços e sistemas de saúde. Desta forma, através de uma conexão entre os níveis de atuação de saúde (primário, secundário e terciário), os usuários do SUS são encaminhados para o serviço de saúde mais apropriado. Dentre os serviços supracitados encontra-se o CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador) que desenvolve importantes serviços na área de promoção, prevenção, assistência e vigilância em Saúde do Trabalhador.

Por ser um problema de saúde pública, a saúde mental dos trabalhadores é um assunto de interesse não apenas do Estado que atua sob suas legislações em prol da otimização de seus serviços públicos, mas de toda a comunidade, que é atingida das mais variadas tangentes que atravessam o bem estar da comunidade em geral.

O presente estudo mostra-se relevante por dar a conhecer o que acomete mais os trabalhadores brasileiros em relação a sua saúde mental, com possibilidades de indicação de novas pesquisas científicas que desenvolvam possibilidades de solução. No mesmo sentido, que as produções acadêmicas possam balizar e possibilitar o desenvolvimento de novas políticas públicas de prevenção e promoção à saúde mental do trabalhador.

1.1 SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

Foi revelado em 2013 pela OIT (Organização Internacional do Trabalho) que quase dois milhões de trabalhadores morriam por ano. Dentre estes 270 milhões de acidentes de trabalho foram computados (Keppler & Yamamoto, 2016). É um número consideravelmente alto, e que precisa da atenção das políticas governamentais para fiscalização, prevenção e promoção de saúde.

De fato, muitas são as lutas dos sindicatos, Ministério do Trabalho e INSS para o controle dos dados mostrados nos últimos anos. Destarte, em 1970, o Brasil se tornou campeão mundial em acidentes de trabalho. No entanto, para reverter o quadro, ao que se esperava enrijecer a fiscalização e transformar os ambientes de trabalho, foi pelo contrário, modificado a CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas) tornando responsabilidade do empregado os primeiros quinze dias após o acidente. Embora seja assegurado por lei que qualquer acidente deva ser notificado pelas empresas via CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), com prazo de 24 horas, as empresas produziram a cultura de só registrar quando o caso chega a Previdência Social. A recorrência de tal prática dificulta não apenas a assistência

devida transferida ao trabalhador, mas também ao sistema de notificações dessas empresas (Keppler & Yamamoto, 2016).

Isso intensifica a falta de preparo dos profissionais em saúde de atendimento básico no acolhimento do trabalhador adoecido. Existe uma grande dificuldade em relacionar a saúde/doença ao trabalho, principalmente em se tratando de adoecimento mental. A própria clínica atribui as fontes do problema psíquico aos fatores externos, sujeito, seu histórico ou estrutura (Jaques, 2007). Da mesma forma, Perez, Bottega e Merlo (2017), ao trabalharem sobre as políticas de saúde mental do trabalhador, identificam um quadro em que o SUS não tem acolhido o sofrimento causado pelo trabalho dos usuários. A tentativa de implementação daquilo que já contém nas leis brasileiras tem sido demonstrado com pouquíssima relevância, apontando preocupações que ficaram apenas em tese. Os autores defendem a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) como solução para articulação entre as políticas desenvolvidas e a efetivação do trabalho, onde um dos preceitos é, grosso modo, assegurar este nexos causal. Os autores evidenciam também a necessidade de que os diversos atores sociais se envolvam em prol da interligação entre saúde do trabalhador e saúde mental.

Neste caminho, o CFP (Conselho Federal de Psicologia) publicou em 2002 o que hoje chama-se de manual do psicólogo em saúde do trabalhador intitulado “Saúde do Trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para a atuação do psicólogo”. Esta produção foi elaborada pelo CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas), e consta nele, entre outros assuntos, a falta do reconhecimento da relação entre trabalho e subjetividade como uma barreira na atuação do psicólogo (Keppler & Yamamoto, 2016).

1.2 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Alguns fatores históricos podem auxiliar a compreender como as políticas públicas em favor à proteção do trabalhador surgiram. Em sua origem, essas políticas estavam voltadas para o adoecimento em geral, com uma forte preocupação com o acidente de trabalho, e a OIT tem a função de regulamentar questões de trabalho em todo o mundo.

As políticas públicas voltadas a saúde do trabalhador, especialmente ao urbano, surgiu no Brasil no governo de Getúlio Vargas. Em 1943 é criada a CLT (Consolidação das Leis de Trabalho), da qual é inserida as NRSMT (Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho) em 1978. Atualmente a Constituição Federal e o SUS (Sistema Único

de Saúde) possuem políticas públicas voltadas a saúde mental do trabalhador, que nas implementações não se mostra efetiva. Para tanto, o Brasil está produzindo conferências no intuito de articular melhorias neste patamar, um exemplo é a IV CNSTT (IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora) (Perez et al. 2017).

Evidencia-se que os empregados se tornam reféns das empresas e é função do Ministério do Trabalho e previdência social dar assistência médica e promover os recursos e benefícios dos que acidentam e/ou adoecem. No II CNST (Congresso Nacional de Saúde do Trabalhador) foi construído as formas de fiscalização de dever da previdência social diferentes das do Ministério do Trabalho (Keppler & Yamamoto, 2016).

Foi apenas em 1991 que a prática do CEREST foi pensada. Foi a primeira proposta de Plano de Trabalho em Saúde do Trabalhador no SUS , onde iniciou a sistematização com o intuito de fortalecer o campo com o investimento na formação dos profissionais da saúde. No entanto, somente em 1994 é que o CEREST foi considerado uma expressão dessa luta em prol de melhores condições de vida e de trabalho que tenha sido organizada pelos trabalhadores, ou ainda a tutela por parte do Estado da saúde de seus cidadãos (Keppler & Yamamoto, 2016).

Com o intuito de articular diferentes serviços e níveis de gestão do SUS, criou-se a principal estratégia da Política Nacional em saúde do trabalhador, o RENAST (Rede de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador), em 2002 (Keppler & Yamamoto, 2016). É uma plataforma do qual os CERESTs de todo o Brasil podem se articular, divulgando eventos, conhecimentos, dados, entre outras informações que se façam necessárias na atuação do campo pelos profissionais voltados ao público alvo em questão. Possibilitando também a contabilidade dos dados apresentados por cada abrangência. (Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador [CEREST], 2018)

Keppler & Yamamoto (2016) colocam que os principais obstáculos encontrados no CEREST hoje são a relação público-privado de difícil concretização, a terceirização, dificultando a chegada de informação aos profissionais de nível básico do atendimento em saúde, assim como a rotatividade desses profissionais, por responder mais aos interesses das Capitais do que nas outras cidades de abrangências, as ações serem mais centralizadas no município de referência em vez de cumprir atividades no aspecto regional de abrangência, a vigilância se tornou apenas fiscal, e a fragilidade da rede do SUS onde os profissionais de

atendimento na saúde desconhecem as premissas do campo e o papel secundário dos trabalhadores (Keppler & Yamamoto, 2016).

Assim, o CEREST oferece um serviço especializado, como o auxílio em casos de acidentes ou doenças ocasionadas pelo trabalho, além de atuar na área preventiva, com a promoção de saúde. Para realizar esse trabalho, existe uma equipe multidisciplinar, formada, obrigatoriamente, pelo médico do trabalho e enfermeiro, podendo contar também com assistente social, psicólogo, auxiliar de enfermagem, engenheiro de segurança, fisioterapeuta, técnicos de vigilância, entre outros profissionais (CEREST, 2018).

A portaria nº777/MS de 2004, regulamenta o Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), onde os ART para notificação compulsória nos CERESTs em geral, coloca os tipos de acidentes e doenças considerados que são:

“acidentes de trabalho graves, acidentes de trabalho com exposição a material biológico, Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT), dermatoses ocupacionais, Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR), intoxicações exógenas ocupacionais, câncer relacionado ao trabalho, transtornos mentais relacionados ao trabalho, pneumoconioses e as intoxicações exógenas ocupacionais.” (Cardoso, Araújo & Soares, 2015, p. 758).

As notificações feitas pelo CEREST referente aos transtornos mentais como adoecimentos relacionados ao trabalho devem seguir a portaria nº1.339/1999. Esses transtornos mentais são classificados da seguinte forma: 1) Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8); 2) Delirium, não sobreposto à demência, como descrita (F05.0); 3) Transtorno cognitivo leve (F06.7); 4) Transtorno orgânico de personalidade (F07.0); 5) Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado (F09.-); 6) Alcoolismo crônico (relacionado ao trabalho) (F10.2); 7) Episódios depressivos (F32.-); 8) Estado de estresse pós-traumático (F43.1); 9) Neurastenia (inclui síndrome de fadiga) (F48.0); 10) outros transtornos neuróticos especificados (inclui neurose profissional); 11) Transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2); 12) Sensação de estar acabado (síndrome de Burnout, síndrome do esgotamento profissional).

Assim, com foco na saúde mental do trabalhador, objetivou-se (a) identificar quais as principais causas de transtornos mentais relacionadas ao trabalho, e (b) possíveis intervenções para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores brasileiros encontram-se documentadas nas produções acadêmicas sobre os dados dos CERESTs.

2. MÉTODO

Para analisar o objetivo proposto, a revisão sistemática mostrou-se como a metodologia adequada. Sampaio (2007) define revisão sistemática como uma categoria de pesquisa a qual utiliza a literatura direcionada a determinado assunto como uma fonte dos dados que serão utilizados na pesquisa. Nesse sentido, com base nos objetivos, foram utilizadas as seguintes palavras chave: “saúde mental”, “saúde do trabalhador”, e “CEREST” combinadas entre si através do prefixo “and” a favor de oferecerem os resultados mais relevantes.

Após a definição da problemática, selecionou-se as seguintes bases acadêmicas: Lilacs, Scielo, Pepsic e PubMed. Foram escolhidas devido suas especialidades em psicologia e saúde, sendo também as mais usuais para publicações na área de psicologia. Os critérios de inclusão foram delimitados por artigos/dissertações que contivessem em seu tema central algum tipo de adoecimento psíquico voltado para trabalhadores de qualquer categoria ou aposentados pelo adoecimento laboral. Os critérios de exclusão foram: (a) artigo publicado em outro idioma que não seja o português; (b) com público-alvo que não fossem trabalhadores atuantes, afastados ou aposentados; e (c) artigos com foco exclusivo na saúde física do trabalhador. Não se considerou ano de publicação ou tipo de estudo como critério excludente.

Após esta delimitação, foi então, realizada a leitura dos títulos e resumos dos escritos a fim de selecionar as possíveis contribuições para esta revisão sistemática. Em seguida, foi realizada a leitura completa das produções acadêmicas, assim como a categorização dos seus conteúdos.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A princípio, com as palavras-chave combinadas entre si, obteve-se um total de 12 resultados. Foram encontrados 9 escritos no Lilacs, 3 no Scielo, e 0 no Pepsic e PubMed. As três publicações obtidas no Scielo se repetiram no resultado do Lilacs. Dos nove artigos considerados para este estudo, um foi excluído da amostra por se deter especificamente aos dados do CEREST sobre o adoecimento físico. Todos os escritos estavam no idioma português e tinham o público-alvo que se encaixou a necessidade da pesquisa. Desta forma, nossa amostra se define a oito publicações científicas acadêmicas. Na Tabela 1, podemos

identificar os autores e ano de publicação, o título do artigo/dissertação, e, o objetivo da pesquisa.

Tabela 1. **Apresentação dos resultados**

AUTORES E ANO	TÍTULO	OBJETIVO
Alencar e Valença (2016).	Afastamento do trabalho e funcionalidade: o caso de trabalhadores adoecidos por doenças da coluna lombar.	Investigar aspectos funcionais de sujeitos acometidos por doenças crônicas da coluna lombar e em situação de afastamento do trabalho.
Cordeiro, Mattos, Cardoso, Santos, e Araújo (2016).	Notificações de Transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores da Bahia: estudo descritivo, 2007-2012.	Descrever as características dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho notificados na Bahia entre 2007 a 2012.
Cardoso e Araújo (2016).	Os centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil.	Identificar as principais ações realizadas pelo Cerest.
Conciani e Pignatti (2015).	Concepções e práticas de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho.	Analisar as concepções e práticas relacionadas à implantação da vigilância sobre a SMRT(Saúde Mental Relacionada ao Trabalho) realizada pelo Cerest/MT.
Freire (2014).	As vivências de sofrimento de docentes do Tocantins: pistas para ações de vigilância em saúde do trabalhador.	Analisar a pertinência das Oficinas enquanto dispositivo metodológico do “Projeto Promoção da Saúde dos Trabalhadores da Educação” trabalhadas com os professores de escolas públicas do Tocantins. O objetivos dessas oficinas são identificar as condições e as formas de organização do trabalho destes docentes, bem como apreender as suas vivências de prazer, sofrimento e processos de adoecimentos.

Salerno, Silvestre e Sabino (2011).	Interfaces LER/saúde mental: a experiência de um centro de referência em saúde do trabalhador do estado de São Paulo.	O relato de experiência busca entender as formas de coerção que atingem os trabalhadores devido a má organização e gestão de conflitos, e ainda busca entender a atuação das equipes de saúde do SUS na garantia à saúde juntamente aos empregadores e trabalhadores.
Vilela, Silva e Jackson Filho (2010).	Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde.	Compreender a relação entre queixas de sofrimento e as condições de trabalho das ACS (Agente Comunitário de Saúde) e propor medidas para modificá-las.
Bartilotti, Andrade, Varandas, Ferreira e Cabral (2009).	Programa de reabilitação ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional.	Descrever a estrutura do Programa de Reabilitação Ampliada (PRA) e seus procedimentos no pilar assistencial e requalificação e apresentar os principais resultados.

Diante do conhecimento proporcionado por essas produções acadêmicas, foram identificadas seis categorias que se apresentam pertinentes dentro do quadro de adoecimento mental do trabalhador: 1) precariedade das ferramentas de trabalho, 2) a falta do reconhecimento do trabalho, 3) dificuldades além das fronteiras do trabalho, 4) sofrimento psicológico e físico, 5) críticas ao sistema de identificação, auxílio e assistência a SMRT (Saúde Mental Relacionada ao Trabalho), e, por fim, 6) possibilidade de enfrentamento e intervenção em Saúde do Trabalhador (ST).

3.1 PRECARIEDADE DAS FERRAMENTAS DE TRABALHO

É de fato evidente que a precariedade de material ou espaço físico contribui na falta de liberdade do trabalhador para desenvolver suas habilidades diante da atividade que precisa exercer. Tal limitação pode gerar adoecimento quando conjunto a cobranças, seja de superiores, seja da sociedade, seja do sistema institucional ao qual está submetido.

Por exemplo, Freire (2014), em sua pesquisa com professores de escolas públicas do Tocantins, evidencia a dificuldade em responder às expectativas, não apenas da coordenação ou direção, ou ainda dos alunos, mas também dos pais/sociedade que cobram constantemente questões que nem sempre fazem parte de suas obrigações. Ainda que estejam sem recursos, são desenvolvidas formas de adequar o tempo pré-estabelecido para as grades curriculares e o que lhe é cobrado. Os docentes tentam por vezes arranjar materiais por conta própria para facilitar o aprendizado dos alunos. A dificuldade de controlar os alunos, associado ao calor das salas e o estado dos quadros, os professores terminam por se doar mais a profissão do que o necessário em condições favoráveis. Mas quais seriam os motivos para que o empregado persevere a uma atividade com tantas dificuldades? Como afirmam Alencar e Valença (2016):

“os contextos atuais de trabalho, com condições precárias, instabilidade de emprego, pouca possibilidade de desenvolvimento e crescimento profissional, bem como modos agressivos de organização do trabalho, que exigem metas difíceis de serem alcançadas e que causam um mal-estar junto aos trabalhadores, podem contribuir para o adoecimento do trabalhador” (p. 756).

As razões apresentadas são suficientes para que o funcionário se submeta ao trabalho com material e estrutura precários, seja pela falta de um instrumento, uma máquina lenta por muito tempo e intensidade de uso, ou um local propício a acidentes devido a infraestrutura.

No mesmo sentido, Salerno, Silvestre e Sabino (2011) exemplificam uma infraestrutura adoecedora com as características de uma lavanderia onde empregavam 60 pessoas, sob vistoria realizada pela equipe do Cerest no estado de São Paulo, onde:

“foram verificadas condições ergonômicas inadequadas, com bancadas excessivamente altas, máquinas de lavar e secar antigas, calandras defeituosas, ferros de passar roupa pesados, manipulação de lençóis, toalhas e aventais volumosos e em grande quantidade, confirmando situações apontadas pelos trabalhadores durante os atendimentos no Cerest” (p.130).

Ou ainda, na situação dos terceirizados para serviços de merenda escolar, onde não tinham alimentos variados que lhe permitissem qualidade, as cozinhas eram apertadas, com chãos escorregadios, painéis velhas e pesadas, sem todos os materiais de manuseio, balcões muito altos ou pias baixas e muito calor. Essas situações concedem dificuldade nas realizações das atividades, do qual o trabalhador atua, apesar das condições. Os funcionários submetidos a situações semelhantes terminam por precisar de um nível maior de engajamento do que o comumente necessário.

Quando se trata do trabalho de ACS (Agentes Comunitários de Saúde), como é o caso da pesquisa de Vilela, Silva e Filho (2010), encontramos como materiais prioritários os

recursos do próprio atendimento do SUS. A carência de recursos, de meios de acessar o médico ou um determinado exame ao morador, provoca a diminuição da margem de ação desta profissão. Os mesmos sofrem não apenas pela impotência, mas também pela hierarquia a que estão submetidos. Eles lidam com a atividade que não é realizada, pela rejeição dos profissionais de saúde em se deslocar até o acamado, ou o paciente que recusa fazer o tratamento porque acredita que o sistema não funciona.

Desta forma, independente da categoria em questão, ou qual seja a ausência sobre os recursos ou ferramentas de trabalho, são falhas incapacitantes, podendo gerar adoecimento psíquico. Como poderia um empregado realizar uma atividade com qualidade e eficiência haja condições desfavoráveis e cobranças exacerbadas? Muito da realização da atividade em situações como essas derivam do engajamento do próprio funcionário.

3.2 A FALTA DE RECONHECIMENTO DO TRABALHO

A falta de reconhecimento sobre o esforço e resultado dado pelo trabalhador pode ser facilmente identificada como gerador de adoecimento psíquico. Segundo Freire (2014), para que haja uma construção da identidade do sujeito, e uma delimitação de sentido ou significado do trabalho, é de extrema importância que exista a validação do trabalho. Sem o reconhecimento, o sofrimento será sem significado, gerando adoecimento, porque “trabalhar não é só produzir bens e serviços, é transformar a si mesmo.” (p.25), pois, quando o homem é “apenas mais um dentro da organização” (p.25), ele desmobiliza-se. Por exemplo, no estudo de Salerno et al. (2011), observa-se que as merendeiras tem gosto pela profissão, e a falta de agrado de quem come de sua comida é um fator de dor psíquica, que é relacionado ao significado do seu trabalho.

Neste sentido, Freire (2014), seguindo a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, coloca duas vias de julgamento: a de utilidade técnica, social ou econômica, que seria dada pelas pessoas hierarquicamente acima ou subordinados, e a beleza, relacionada ao julgamento justo sob o trabalho real, dada geralmente pelas pessoas na mesma função. A autora ainda cita que o trabalho exige “uso de si”- ou seja, se dispor emocionalmente, fisicamente e intelectualmente para atividade - por si e pelos outros, e espera-se que isso seja recompensado. O público-alvo de sua pesquisa tem como característica a falta de reconhecimento que reverbera em elevadas cargas horárias, obtenção de mais de um emprego, e pela renda mensal baixa, muitas vezes buscam complementação de renda em outros ofícios. Pode-se observar que, em geral, os docentes utilizam-se de forte repressão da vida psíquica, e

as consequências disso são identificadas no empobrecimento dos outros âmbitos da vida seja pessoal, familiar, social ou psico-afetivo. Para explicar um pouco da desvalorização social quanto a profissão do professor, a autora identifica uma construção cultural: o machismo vê no sexo feminino o papel de ensinar, cuidar e moralizar as crianças (função essa que se confunde ao labor do professor), e que a mesma deve ser submissa; têm também a ideia do trabalho ‘doméstico’ fácil. Além do histórico da profissão fala sobre sua maioria ser exercida por mulheres. Esses fatores contribuíram para que a sociedade atue de forma a exercer o não reconhecimento do professor, mesmo que o papel seja desempenhado por homens, pois é um fator sobre o exercício coletivo que não possui a consciência de onde surge o ato.

Apesar de ser um fator bastante adoecedor, não é apenas a falta de reconhecimento que desmotiva os trabalhadores. Existem labores onde a dinâmica proporciona situações ainda mais adoecedoras.

3.3 DIFICULDADES ALÉM DAS FRONTEIRAS DO TRABALHO

Situações de humilhação e assédios geram adoecimento mental. Podendo gerar também dificuldades na vivência social e familiar do trabalhador. Salerno et al. (2011) mostram o adoecimento de profissionais de telecomunicações ao serem resignados a um ritmo de produtividade exacerbado, exposição pública, e conseqüentemente, competitividade. São locais de trabalho em que ficam visíveis painéis de todas as falhas e conquistas de cada sujeito, onde todos têm que cumprir metas pessoais (premiações por rendimento) e coletivas (caso o grupo não atinja o mínimo de atendimentos, haverá demissões em massa). E quando se olha para a vida social desses funcionários, identifica-se pessoas que esperam dessa profissão apenas um trabalho temporário, mas outros dependem dos prêmios para garantir o sustento da família, podendo assim gerar conflitos familiares.

No mesmo artigo, é apresentado o exemplo de uma empresa de eletroeletrônicos onde os trabalhadores adoentados eram submetidos a uma ‘salinha’ em que não podiam fazer nada para a empresa ou para si, além de estar presente num local empoeirado e sem ventilação, lhes sendo negado a possibilidade de mudança. A exposição pública e a dificuldade de reabilitação são fatores de coerção dos adoecidos em prol de uma demissão. Os outros funcionários da mesma empresa procuraram atendimento médico de forma preventiva/paliativa e em segredo, por medo da reação dos superiores, alegando que enquanto pudessem atuar, apesar dos sintomas, se submeteriam a tal sistema empregatício. (Salerno et al., 2011) Essa prática

reverbera na vivência familiar, quando estes precisam ajudar no cuidado das dores, e equilibram a necessidade do salário versus a troca de atividade ou relação empregatícia.

Também foi relatada a dinâmica adoecedora entre os terceirizados no serviço de merenda escolar, no escrito de Salerno et al. (2011). Como se não bastasse o agravo sob regime de trabalho terceirizado, os empregados consideram ocupar o cargo de ‘volante’ como uma punição, por ser uma atividade de grande sobrecarga e responsabilidade compromissada com uma instituição, tendo que lidar com as cobranças e necessidades de um mesmo local diariamente, quando os outros faziam uma espécie de rodízio. O ‘volante’ fica mal visto pelos colegas e pela instituição de ensino por atender às regras pré-estabelecidas pela empresa terceirizada, como exigir demais dos funcionários de rodízio ou não ceder alimento para os professores e demais, exceto os alunos. O sofrimento psicológico é tamanho que alguns pedem demissão sem sequer ter expectativa ou planos para outros empregos que providencie sustento familiar, mesmo que seja o único provedor, acarretando dificuldades nas relações familiares e sociais.

Desta forma, funcionários são submetidos diariamente a determinados locais ou funções que prestam ao assédio moral ou que consideram como forma de constrangimento. As consequências podem ser observadas em registros, como por exemplo: “nas anotações de prontuário, há queixas de tristeza, crises de choro, medo de retornar ao trabalho, insegurança em relação ao trabalho, insegurança e conflitos na relação familiar desencadeados a partir da incapacidade para o trabalho” (Salerno et al, 2011, p. 134).

Como consequência do que é vivenciado no ambiente de trabalho, a pesquisa realizada por Cordeiro, Mattos, Cardoso, Santos e Araújo (2016) identificou o estresse pós-traumático como diagnóstico mais apresentado na descrição dos dados do Sinan no Estado da Bahia entre os anos de 2007 a 2012. Os autores apontam que esse adoecimento, quando relacionado ao trabalho, é motivado por “situações de agressão, sabotagem ou territorialismo praticados por terceiros ou colegas” (Cordeiro et al. 2016, p.368). Quanto maior a periculosidade ocupacional, mais vulneráveis estão os trabalhadores a adquirirem este diagnóstico, e as reverberações dos sintomas propagam por todos os âmbitos da vida do trabalhador adoentado.

Em suma, por mais que existam situações constrangedoras no labor, o empregado tem uma identidade dentro da profissão, e perdê-la também é fator de sofrimento.

3.4 SOFRIMENTO PSICOLÓGICO E FÍSICO

A incapacidade para o trabalho gera insegurança e sentimentos de inutilidade, piorando a vivência social e familiar. A pesquisa realizada por Alencar e Valença (2016), com aposentados ou trabalhadores afastados por conta de problemas crônicos na coluna lombar, demonstra o sofrimento devido a incapacidade em realizar determinada tarefa que faziam perfeitamente enquanto trabalhavam. São sujeitos que possuem “sintomas dolorosos crônicos, que afetavam as atividades práticas e instrumentais de vida diária. Essas atividades afetam papéis sociais, como o de trabalhador, de dona de casa, entre outros, o que gerava sofrimento”(p.759). O sofrimento não é gerado apenas pelo ‘desejar fazer e não poder’, mas também por ter que depender do outro pra fazer, geralmente um familiar ou amigo, que nem sempre está presente ou disposto a realizar determinada tarefa. Acarreta uma visão social da qual o sujeito se torna inútil, imprestável. Para a sociedade, de acordo com suas regras e normas, é “normal” um adoecido por problemas osteomusculares não ter atividades sociais.

Foi possível observar ainda nesta mesma pesquisa a necessidade dos trabalhadores em realizar atividades domésticas, mesmo com as dores, na tentativa de sentir uma utilidade que seja socialmente reconhecida. (Alencar & Valença, 2016)

Contudo, o sofrimento devido a incapacidade de realizar tarefas consideradas simples pode ser produzido de acordo com a reação da sociedade ao qual o adoentado está inserido, contribuindo negativamente no seu nível de bem-estar. E esta sociedade portanto é responsável não apenas pelo auxílio ou assistência servida geralmente por familiares, amigos e serviços de saúde, mas também pela identificação dos sintomas e o contato com o ambiente laboral propício ao adoecimento.

3.5 CRÍTICAS AO SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO, AUXÍLIO E ASSISTÊNCIA A SMRT

As políticas públicas desenvolvidas para o atendimento dos trabalhadores com doenças relacionadas à atividade laboral geralmente realizam-se da seguinte forma: a respeito da identificação pelos profissionais da saúde básica, principalmente do SUS, através da suspeita, notificação e investigação. Posteriormente o auxílio, atribuído ao CEREST, com a vigilância, investigação/fiscalização e encaminhamentos aos devidos tratamentos, onde entra a assistência, seja médica voltadas ao tratamento com variadas especialidades e/ou benefícios do INSS. Essas políticas são de extrema importância para assegurar aos cidadãos não apenas a

saúde, mas também a atenção quando esta lhe falta. Quando há uma má aplicação dessas legislações as consequências vão além da falha do serviço.

Cordeiro et al. (2016) evidencia que a notificação em Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) vem se fortalecendo dentro do CEREST. No entanto, no SUS não têm se expandido como deveria, visto ser o primeiro serviço contactado pelo trabalhador adoecido. De acordo com os autores, “essas lacunas do processo de atendimento, estabelecimento do nexa, notificação e encaminhamento para tratamento contribuem para a invisibilidade dos TMRT.”(p.370), portanto, dificultando a ação em atenção, assistência ou prevenção. Esta lacuna no atendimento básico do SUS demonstra ainda uma falha na garantia da atenção integral à saúde dos adoecidos por TMRT. A pesquisa aponta ainda que o CEREST é o principal responsável pelos registros, e que o serviço de atenção à SMRT (Saúde Mental Relacionada ao Trabalho) não chega aos serviços primários de saúde. Cardoso e Araújo (2016) observam a dificuldade em juntar a Saúde Mental à Saúde do Trabalhador como sendo um dos fatores que prejudicam a compreensão e atuação dos profissionais de saúde, principalmente do âmbito básico.

Contudo, temos um trabalhador adoentado que procura o serviço do SUS, mas os profissionais não possuem políticas ou capacitação para detecção/reconhecimento de TMRT. Quando existem fatos concretos sobre a relação entre o adoecimento e o trabalho, estes são encaminhados corretamente ao CEREST.

A pesquisa realizada por Cardoso e Araújo (2016) mostra um entrave dentro dos CEREST de âmbito regional em praticar ações em outros locais além da município sede, ou seja, deixando um território descoberto de atuações a favor da saúde do trabalhador. Os autores identificam movimentos e falhas quanto a atuação do CEREST sobre educação e vigilância, percorrendo todo o caminho desde a política pública (papel) à atuação dela (realidade), se mostrando incipiente na SMRT.

Apesar da baixa efetividade, ainda são os CEREST os que mais notificam agravos:

“O estudo revelou também que as notificações no SINAN têm sido registradas quase exclusivamente pelos CEREST, respondendo por 71,0% dos casos registrados no período considerado; os serviços da atenção básica e CAPS tinham participação pouco expressiva nas notificações registradas (respectivamente 8,4% e 6,2%). Apesar disso, Oliveira destaca que, durante os seis anos analisados (2006 a 2012), as notificações no SINAN têm aumentando gradativamente” (Cardoso & Araújo, 2016, p. 12)

O estudo de Conciani e Pignatti (2015) no CEREST/MT identificou também uma grande fragilidade conceitual da equipe em relação a SMRT. No caso, a equipe deste CEREST reconhece que não tem capacitações suficientes, praticando uma vigilância isolada, pontual e assistemática. Tal fragilidade se reflete também nas fichas de notificação em que se encontrou dados relevantes em branco como, por exemplo, o diagnóstico, o tempo de exposição ou regime de tratamento.

Apesar da existência dessas fichas como comprovantes que trabalhadores tivessem o mesmo diagnóstico dentre seis locais de trabalho, não houveram ações de recomendações ao empregador para solução do agravo. As ações realizadas no âmbito da SMRT não podem ser consideradas institucionais, do CEREST, visto que os conceitos dos profissionais que compõe a equipe não vem de uma capacitação prévia, mas sim, das experiências vividas por eles. Como citam os próprios autores, trata-se de uma “reprodução da ideologia dominante da sociedade” (p.52). Essas questões não só atrapalham a organização de ações em vigilância, como desfavorece a realização de práticas, necessitando de uma apropriação de perspectivas éticas, políticas e ideológicas. Pode-se citar também que uma das limitações do CEREST é realizar atendimentos no modelo assistencial individualizado, sem abranger para um coletivo.

Apesar dessas falhas, o CEREST encaminha muitos trabalhadores ao INSS para a inspeção. Salerno et al. (2011) relatam sobre as atuações dos médicos peritos do INSS, em consonância com o sistema de atendimento a saúde do trabalhador em geral. Tal atuação é permeada por relações de poder e construções de saber que conseguem legitimar ‘falsas verdades’ no intuito de negar onexo causal. Por vezes, o INSS não considera o TMRT e tenta, através de outros serviços, reestabelecer o trabalho, sem tratamento adequado à demanda do trabalhador. A prática leva a culpabilização do empregado por seu adoecimento, inclusive sendo reproduzido pelo próprio adoentado.

No que diz respeito ao número de notificações de TMRT registrados, podemos comparar as informações do SINAN e do INSS, no período de 2006 a 2012, onde existiu uma proporção de 38 casos no INSS para cada 1 caso do SINAN. É um dado que mostra a fenda entre a rede representada no papel, e como ela atua na realidade, pois o INSS fala de pessoas que ganham benefício para afastamento do trabalho ou aposentadoria, enquanto o SINAN fala de uma cobertura universal dos adoecimentos dos trabalhadores.(Cardoso & Araújo, 2016)

Colocando uma lupa sobre a fenda, no intuito de vermos mais perto, temos como exemplo onde Salerno et al. (2011) evidenciam casos em que os adoecidos duvidavam da

própria enfermidade, chegando até a pensar que não deveriam obter “regalias” da previdência social, acreditando que não eram seu direito. E quando o INSS não reconhece o nexo causal do adoecimento ao trabalho, impede a compreensão do empregado sobre seu processo de adoecimento, podendo reverberar em outras questões como as rejeições ao tratamento, as suas limitações, seja no ambiente laboral, na vida pessoal, bem como nas suas atividades diárias. Alencar e Valença (2016) também apresentam que existe uma imensa dificuldade para o trabalhador, que não tem a devida informação sobre sua doença, em não realizar tarefas que prejudiquem, mesmo com o mínimo de melhora já alcançada.

Assim, o trabalhador adoecido não entende sobre seu processo de adoecimento e recuperação, e se coloca em situações que podem lhe acarretar uma piora significativa. Como nos casos citados no tópico ‘sofrimento psicológico e físico’ acima, retornando ao serviço de saúde sem melhoras.

Salerno et al. (2011) descrevem obstáculos para os trabalhadores na reinserção ao trabalho:

“a alta prematura (correspondente, entre nós, à cessação de benefício do INSS), o retorno na mesma função, a ausência de programas de retorno, a dificuldade no relacionamento com supervisores e colegas, as dificuldades para impor limites às tarefas, o medo de demissão, os sentimentos de impotência e a insegurança quanto ao futuro. O estudo constatou ainda que os trabalhadores preferem se manter no trabalho.” (p.134)

No entanto, não se resume a isso. Trata-se de pessoas adoecidas que vão perdendo, a cada tentativa frustrada de retomar sua identidade de trabalhador, a capacidade de enfrentamento e conseqüente cura.

Destarte, todo esse caminho percorrido - o primeiro contato com a rede SUS, o encaminhamento ao CEREST, a negação da perícia do INSS sobre o nexo causal do adoecimento com o trabalho, e o adoentado culpabilizado e negligenciado - termina por exercer um ciclo vicioso.

Cardoso e Araújo (2015) ainda evidenciam a falta ou diminuição de participação do trabalhador em eventos decisivos para construção de políticas públicas e legislações, o que diminui a voz da classe na resolução de atributos da atividade exercida, influenciando diretamente no futuro deles. Assim como afirmam Conciani e Pignatti (2015), onde “o poder político encontra-se majoritariamente nas mãos do empresariado, do agronegócio e das empresas privadas em saúde”(pp. 52-53), notando a omissão em investimento sob ações de

promoção e prevenção em saúde, e a fragilidade da equipe de saúde quanto ao atendimento na área de SMRT. Essas circunstâncias são desafios a militância além de prejudicarem a prática de novos estudos.

No mais, quando falamos sobre seguridade dos trabalhadores informais brasileiros observamos que o INSS é um sistema exclusivo para as categorias formais, inviabilizando toda uma massa que trabalha sem os determinados registros. (Cardoso & Araújo, 2016). A reportagem de Laporta e Cavallini (2018) ao G1 comprova que essa massa de trabalhadores informais é crescente no Brasil, e isso dificulta a retomada da economia.

3.6 POSSIBILIDADE DE ENFRENTAMENTO E INTERVENÇÃO EM SAÚDE DO TRABALHADOR

É importante ressaltar que é a partir das problemáticas que existe a possibilidade de gerar formas de enfrentamento, e conseguir realizar a atividade laboral mesmo com a precariedade de recursos possibilita o exercício de saúde mental. Freire (2014) lembra que o trabalhador produz sistemas defensivos que possibilitam investimentos para manter-se produzindo, e essa atitude é útil pelo poder de transformação das fontes de sofrimento, gerando saúde mental. Assim, o trabalho tido como vivência prazerosa acarreta em perseverança.

Sobre as formas de enfrentamento, algumas são desenvolvidas em conjunto, como a solidariedade. Por exemplo, na pesquisa realizada por Salerno et al. (2011), pôde-se observar que há uma mudança de comportamento, quando mesmo as lavadeiras tendo funções diferentes, acontece uma interajuda. Ou seja, quando uma se atrasa ou acumula material, com determinada sobrecarga, as outras se movem para ajudar. A prática antes naturalmente surgida, chega a ser cobrada pelos superiores. Outro exemplo é o estudo de Vilela et al. (2010), onde é observado que quando uma ACS não pode realizar seu trabalho, as outras se revezam ou distribuem locais para cobrir o trabalho de outra, no intuito não apenas de ajudar, mas também de não se prejudicarem diante atrasos no trabalho realizado em conjunto. O conceito cultural dessa profissão se insere na característica de flexibilidade/maleabilidade/resiliência para atender as necessidades do serviço e passar por frustrações. Os autores explicam que o engajamento é adquirido devido a compaixão exercida pelas ACS para com o sofrimento do outro, e pelo vínculo construído com a comunidade.

Outro ponto importante é o retorno ao trabalho após tratamento, com possibilidades de reabilitação e reinserção, lidando com o lugar ou atividade que gerou adoecimento. Salerno et al. (2011) identificam três pontos positivos na reabilitação do trabalhador e retorno a atividade, que são: o apoio dos colegas e supervisores, a inserção em uma nova função ao em vez da realizada anteriormente, e o controle pelo empregado sobre sua função. Na mesma perspectiva, o estudo de Bartilotti, Andrade, Varandas, Ferreira e Cabral (2009) traz visibilidade ao enfoque biopsicossocial, tendo como foco principal o restabelecimento das capacidades funcionais do trabalhador. O artigo descreve a estrutura do Programa de Reabilitação Ampliada (PRA), que foi realizada como Termo de Ajuste de Conduta (TAC) de uma empresa de criação e abate de aves e suínos durante 10 meses. O PRA teve seus procedimentos no pilar assistencial e requalificação e apresenta resultados significativos.

No tratamento, foram agrupados especialidades de atendimentos e atividades complementares que desenvolvessem em conjunto uma atuação intensiva no tratamento da patologia adequada a cada caso/pessoa. Os adoentados foram divididos em quatro grandes grupos voltados para sua especialidade: o grupo de portadores de fibromialgia tinham acompanhamento em acupuntura, psicologia, terapia ocupacional, massoterapia, e condicionamento físico ou hidroginástica; o segundo continham as pessoas com transtornos mentais atendidas pelas especialidades de psicologia, terapia ocupacional e acupuntura; diferentemente dos que possuíam transtornos músculo-esqueléticos pois praticavam fisioterapia, terapia ocupacional, acupuntura, massoterapia, psicologia e condicionamento físico, e se preciso terapias complementares como reeducação. O último grupo é composto por patologias mistas, onde se tem psicologia, fisioterapia, acupuntura, terapia ocupacional, educação física, e se necessário, massoterapia e Reeducação Postural Global (RPG) (Bartilotti et al., 2009).

O PRA adequou o grau de funcionalidade juntamente ao investimento em escolaridade e profissionalização para outras áreas que não a que gerou a patologia. Ou seja, quando o sujeito não conseguia retornar a mesma empresa/profissão, lhe era disponibilizado cursos para outras profissões que poderiam atuar de acordo com suas dificuldades, como informática básica, telefonista, recepcionista, artesanato, secretariado administrativo, vendas e marketing, eletrônica básica, operador de máquinas, montagem e desmontagem de computadores. No mais, vendo que alguns dos trabalhadores não tinham terminado a escolaridade, possibilitaram a complementação do estudo através de parcerias com outras entidades (Bartilotti et al., 2009).

Esta ação realizada através de uma ampliação no grau de autonomia, apoiada a uma reflexão sobre o processo de adoecimento, dando espaço para a socialização de dúvidas e provocando um resgate da cidadania resultou em uma eficácia bastante considerável. Assim, tendo uma orientação multidimensional, mesmo que a perícia não aprovasse a reabilitação ao trabalho, o sujeito retornaria ao serviço. Houveram ações conjuntas entre entidades públicas e privadas, e o custo foi adequado comparado ao tempo de afastamento do labor, o valor despendido pelo INSS e o ônus da empresa. (Bartilotti et al., 2009)

Portanto, as estratégias podem ser viabilizadas por todos. Podem ser exercidas tanto pelos próprios trabalhadores, como pelos colegas, ou ainda por bases diferentes da hierarquia institucional. As intervenções podem ser estabelecidas pelos órgãos de atenção à Saúde do Trabalhador, principalmente se houver necessidade de vigilância. Neste sentido, é primordial que os profissionais da saúde básica consigam detectar e proceder os devidos encaminhamentos para que mais agravos à saúde mental do trabalhador possam ser detectados e tratados.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu observar as principais causas de transtornos mentais relacionados ao trabalho, e as possíveis intervenções já estudadas nos dados dos CERESTs, além de um quadro geral sobre as políticas públicas brasileiras voltadas para a Saúde do Trabalhador, e em especial, os transtornos mentais.

Os resultados da revisão sistemática apresentam as principais causas do adoecimento mental do trabalhador como sendo geradas pela falta ou ausência, tanto de condições adequadas para exercer a atividade (e.g., precariedade das ferramentas de trabalho e no espaço físico), assim como na extinção de reconhecimento de esforço e doação do profissional. Da mesma forma, as causas perpassam determinadas situações vivenciadas no ambiente de trabalho como o assédio moral, reverberando na vida pessoal e familiar. Além dessas causas, questões de ordem institucional, como o sistema de identificação, auxílio e assistência a SMRT, também são prejudiciais não apenas a saúde do trabalhador, mas danifica toda a rede proposta e criada através das políticas públicas em prol do assalariado.

Foi observado nessas produções acadêmicas que existem possibilidades de enfrentamento e intervenção em TMRT desde seu início até suas consequências mais fortes. As estratégias identificadas são sugeridas como possibilidade de que sejam desenvolvidas e

aplicadas por diferentes atores na SMRT, ou seja, pelos próprios trabalhadores, gestores, profissionais de vigilância à saúde, e pelos profissionais de saúde que tratam a doença já instalada, ou que recebem inicialmente os casos com possibilidades de relação com o trabalho.

O baixo número de publicações utilizadas nesta pesquisa é devido aos descritores utilizados, pois apesar do conjunto das palavras chaves serem o cerne da busca desta pesquisa, evidenciando a intenção de identificar a relação entre saúde mental do trabalhador nos dados dos CERESTs, portanto pré-estabelecida anteriormente, poucos foram os escritos relacionados. Indica-se que separadamente, as palavras-chaves podem dar resultados em excesso.

Como esperado, a maioria dos estudos encontrados foram da área da psicologia. No entanto, boa parte deles tiveram uma construção conjunta a outras áreas da saúde física, em especial a músculo-esquelética. Onde pôde-se ver o sofrimento psíquico da perda da identidade profissional, da incapacidade em realizar atividades classificadas socialmente como simples, sobre o incômodo gerado com os familiares e amigos, e posteriormente, com a comunidade. Destarte, surpreendeu no quesito de possibilidades de intervenções, apresentando não apenas as práticas pessoais dos trabalhadores, mas também as institucionais exemplares e prósperas. Desta forma, propõe-se as equipes dos CERESTs que utilizem como exemplo para prática o PRA descrito por Bartilotti et al (2009).

Sugere-se ainda que qualquer profissional de saúde que tiver em contato com adoentados e suspeitem relação com o trabalho, levem à notificação do agravo à rede de saúde do trabalhador. Esses dados epidemiológicos trazem a possibilidade de se pensar o cuidado do trabalhador e, conseqüentemente da classe, além de orientar as empresas para uma atuação pensada na saúde mental destes funcionários. As instituições (especialmente públicas) devem investir nas concepções e práticas dos seus funcionários em relação a SMRT. E aplicar intervenções conceituais a nível comunitário/grupal possibilita um empoderamento desses trabalhadores no quesito Saúde Mental.

A falta de assistência a trabalhadores informais brasileiros, e a necessidade de empoderamento dessa classe é outro fator para pensarmos. O aumento desse público dificulta a retomada da economia atual. Então porque não pensar em políticas públicas para esta categoria? Deixo a questão para que se possam repensar a quem essa rede atende se não é aos trabalhadores em geral.

No mais, como poderíamos estabelecer legislações ou políticas públicas sem considerar as opiniões de quem será diretamente afetado? É de grande importância que as classes trabalhadoras tenham voz em reuniões decisivas sobre a dinâmica de trabalho futura. No intuito também de fazer com que as questões que levam ao adoecimento mental sejam reduzidas ao instrumental, e não tanto atribuídas as outras causas de sofrimento psicológico. A sociedade brasileira em si tem o exercício de atribuir as causas do adoecimento psíquico a qualquer outro fator da vida, menos o trabalho, que faz parte da identidade e é realizado por um grande período de tempo e necessita de tanta doação/dedicação. Reforçando o comportamento dos grandes investidores/empregadores nas decisões legislativas.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alencar, M.do C. B. de; & Valença, J. B. M. (2016) *Afastamento do trabalho e funcionalidade: O caso de trabalhadores adoecidos por doenças da coluna lombar*. Cod. Ter. Ocup. Vol. 24 n.4 pp.755-763.
- Bartilotti, C. B.; Andrade, P. R.; Varandas, J. N.; Ferreira, P.C.G.; & Cabral, C. (2009) *Programa de reabilitação ampliada (PRA): Uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional*. Acta fisiátrica, Vol. 16 n. 2.
- BLOG CEREST. *Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador*. (2018, novembro 28) Disponível em: <http://cerestcg.blogspot.com/p/quem-somos.html>
- Brito, J.; Neves, M. Y.; & Athayde, M. (2011) *Caderno de textos: programa de formação em saúde, gênero e trabalho nas escolas*. Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ.
- Cardoso, M. de C. B.; & Araújo, T. M. de. (2016) *Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde: Um inquérito no Brasil*. Rev. Bra. Saúde Ocup. 41, n.7.
- Cardoso, M. de C. B.; Araújo, T. M. de; & Soares, J. F de S. (2015) *Notificações de agravos à saúde dos trabalhadores na área de abrangência de um município de médio porte da Bahia*. Rev. baiana de saúde pública. 39, n. 4.
- Codo, W. (1988) *Saúde mental e trabalho: uma urgência prática*. Brasília DF : Psicologia Ciência e Profissão. n.2. pp.20-24.
- Codo, W.; Soratto, L.; & Vasques-Menezes, I.(2004) *Saúde mental e trabalho*. In Zanelli, J.C.; Borges-Andrade, J. E.; Bastos, A.V.B. e Orgs. *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre. Artmed: 1ºed. (2004).
- Conciani, M. E.; & Pignatti, M. G. (2015) *Concepções e práticas de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho*. Londrina: Ver. Esp. P. a Saúde:, Vol. 6, n. 2, pp. 45-55.

- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. trad. 5ª ed. ampliada - São Paulo: Cortez- Oboré.
- Franco, T.; Druck, G.; & Seligmann-Silva, E. (2010) *As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado*. São Paulo: Rev. bras. Saúde ocup. 35, pp. 229-248.
- Freire, L de S. M. (2014) *As vivências de sofrimento de docentes do Tocantins: Pistas para ações de vigilância em saúde do trabalhador*. Rio de Janeiro: s. n., 112 p. graf.
- Jacques, M. G. C. (2003) *Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho*. Psicologia & Sociedade; 15 n.1, pp.97-116.
- Jaques, M. G. (2007) *O nexos causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a psicologia*. Psicologia & Sociedade; 19, Edição Especial 1, pp.112-119.
- Kepler, I. L. dos S.; & Yamamoto, O. H. (2016) *Psicólogos nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador*. Brasília: Rev. Psicol., Organ. Trab. vol. 16 n. 1.
- Laporta, T.; & Cavallini, M. (2018, agosto 31). Desemprego cai, mas aumento do trabalho informal dificulta retomada da economia. *GI*. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/08/31/desemprego-cai-mas-aumento-do-trabalho-informal-dificulta-retomada-da-economia.ghtml>
- Oliver, M.; Perez, C. S. P.; & Behr, S. C. F. (2011) *Trabalhadores afastados por transtornos mentais e de comportamento: O retorno ao ambiente de trabalho e suas consequências na vida laboral e pessoal de alguns bancários*. Curitiba: RAC, vol.15, n.6, art. 2, pp. 993-1015.
- Perez, K.V.; Bottega, C.G.; & Merlo, A.R.C. (2017) *Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: Uma proposta de articulação*. Saúde debate, 41 pp.287-298.
- Salerno, L. S.; Silvestre, M. P.; & Sabino, M. O. (2011) *Interfaces LER/Saúde mental: a experiência de um centro de referência em saúde do trabalhador do estado de São Paulo*. Rev. bras. saúde ocup. 36, n. 123.
- Sampaio, J.J.C.; & Messias, E.L.M. (2002) A epidemiologia em saúde mental e trabalho. In: Jacques, M.G.; Codo, W. (orgs) *Saúde Mental e Trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 2002, pp. 143-172.
- Sampaio, R.F. (2007) *Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica*. Ver. bras. de fisioterapia, 11 n.1, pp. 83-89. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbfs/v11n1/12.pdf>
- Scaim, P. M. (2009) *A inserção e as práticas profissionais do psicólogo nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador do Brasil*. Porto Alegre: UFRS.
- Silveira, A. K. (2009) *Saúde mental e trabalho*. Rio de Janeiro: s.n.

- Stotz EM. (1993) Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla VV, Stotz EM, organizadores. *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. pp. 11-22.
- Traverso-Yépez, M. (2001) *A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios*. Maringá: Psicologia em estudo, v.6, n. 2, pp. 49-56.
- Vilela, R. A. de G.; Silva, R C da; & Filho, J. M. J. (2010) *Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre agentes comunitários de saúde*. Rev. bras. saúde ocup; 35 n. 112.