

OBSERVATÓRIO SAÚDE MENTAL E TRABALHO:

REUNINDO ESFORÇOS POR DIREITOS E BEM-VIVER



Fernanda Moura D'Almeida Miranda
Tânia Maria de Araújo
Simone Santos Oliveira
(Organizadoras)



Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Fernanda Moura D'Almeida Miranda
Tânia Maria de Araújo
Simone Santos Oliveira
(Organizadoras)

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

OBSERVATÓRIO SAÚDE MENTAL
E TRABALHO:
reunindo esforços por
direitos e bem-viver

Editora CRV
Curitiba – Brasil
2025

Copyright © da Editora CRV Ltda.

Editor-chefe: Railson Moura

Diagramação e Capa: Designers da Editora CRV

Imagen de Capa: Observatório Nacional de Saúde Mental e Trabalho

Revisão: Os Autores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

OB14

Observatório Saúde Mental e Trabalho: reunindo esforços por direitos e bem-viver / Fernanda Moura D'Almeida Miranda, Tânia Maria de Araújo, Simone Santos Oliveira (organizadoras) – Curitiba : CRV, 2025.
202 p.

Bibliografia

ISBN Digital 978-65-251-8005-2

ISBN Físico 978-65-251-8009-0

DOI 10.24824/978652518009.0

1. Medicina 2. Saúde Pública 3. Médicos 4. Covid 5. Saúde Mental I. Miranda, Fernanda Moura D'Almeida, org. II. Araújo, Tânia Maria de, org. III. Oliveira, Simone Santos, org. IV. Título V. Série.

CDU: 61

CDD: 610

Índice para catálogo sistemático

1. Medicina – 610

2025

Foi feito o depósito legal conf. Lei nº 10.994 de 14/12/2004

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra
sem autorização da Editora CRV

Todos os direitos desta edição reservados pela Editora CRV

Tel.: (41) 3165-3100 – E-mail: sac@editoracrv.com.br

Conheça os nossos lançamentos: www.editoracrv.com.br

Conselho Editorial:

Aldira Guimarães Duarte Domínguez (UNB)
Andréia da Silva Quintanilha Sousa (UNIR/UFRN)
Anselmo Alencar Colares (UFOPA)
Antônio Pereira Gaio Júnior (UFRRJ)
Carlos Alberto Vilar Estêvão (UMINHO – PT)
Carlos Federico Dominguez Avila (Unieuro)
Carmen Tereza Velanga (UNIR)
Celso Conti (UFSCar)
Cesar Gerônimo Tello (Univer. Nacional
Três de Febrero – Argentina)
Eduardo Fernandes Barbosa (UFGM)
Eduardo Pazinato (UFRGS)
Elione Maria Nogueira Diogenes (UFAL)
Elizeu Clementino de Souza (UNEB)
Élvio José Corá (UFFS)
Fernando Antônio Gonçalves Alcoforado (IPB)
Francisco Carlos Duarte (PUC-PR)
Gloria Fariñas León (Universidade
de La Havana – Cuba)
Guillermo Arias Beatón (Universidade
de La Havana – Cuba)
Jailson Alves dos Santos (UFRJ)
João Adalberto Campato Junior (UNESP)
Josania Portela (UFPI)
Leonel Severo Rocha (UNISINOS)
Lídia de Oliveira Xavier (UNIEURO)
Lourdes Helena da Silva (UFV)
Luciano Rodrigues Costa (UFV)
Marcelo Paixão (UFRJ e UTexas – US)
Maria Cristina dos Santos Bezerra (UFSCar)
Maria de Lourdes Pinto de Almeida (UNOESC)
Maria Lília Imbiriba Sousa Colares (UFOPA)
Mariah Brochado (UFMG)
Paulo Romualdo Hernandes (UNIFAL-MG)
Renato Francisco dos Santos Paula (UFG)
Sérgio Nunes de Jesus (IFRO)
Simone Rodrigues Pinto (UNB)
Solange Helena Ximenes-Rocha (UFOPA)
Sydione Santos (UEPG)
Tadeu Oliver Gonçalves (UFPA)
Tania Sueley Azevedo Brasileiro (UFOPA)

Comitê Científico:

Andrea Vieira Zanella (UFSC)
Christiane Carrijo Eckhardt Mouammar (UNESP)
Edna Lúcia Tinoco Ponciano (UERJ)
Edson Olivari de Castro (UNESP)
Érico Bruno Viana Campos (UNESP)
Fauston Negreiros (UFPI)
Francisco Nilton Gomes Oliveira (UFSM)
Ilana Mountian (Manchester Metropolitan
University, MMU, Grã-Bretanha)
Jacqueline de Oliveira Moreira (PUC-SP)
João Ricardo Cozac (PUC-SP)
Marcelo Porto (UEG)
Marcia Alves Tassinari (USU)
Maria Alves de Toledo Bruns (FFCLRP)
Mariana Lopez Teixeira (UFSC)
Monilly Ramos Araujo Melo (UFCG)
Olga Cecíliato Mattioli (ASSIS/UNESP)
Regina Célia Faria Amaro Giora (MACKENZIE)
Virginia Kastrup (UFRJ)

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
<i>Frida Marina Fischer</i>	
CAPÍTULO 1	
A CONSTRUÇÃO DO OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO	13
<i>Tânia Maria de Araújo</i>	
<i>Simone Santos Oliveira</i>	
CAPÍTULO 2	
OS DESAFIOS DO CAMPO DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO E A ESTRUTURAÇÃO DE RESPOSTAS COLETIVAS.....	31
<i>Ana Claudia Gasta Fassa</i>	
CAPÍTULO 3	
PORTUGAL: experiências de redes de pesquisa em saúde e trabalho em Europa e América Latina	47
<i>Elisabete Maria das Neves Borges</i>	
CAPÍTULO 4	
MUNDO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO, SUBJETIVIDADE E AÇÃO POLÍTICA	59
<i>Maelison Silva Neves</i>	
CAPÍTULO 5	
VIOLÊNCIA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS: relato de experiência na vigilância em saúde mental do trabalhador	73
<i>Analinne Maia</i>	
CAPÍTULO 6	
TRANSTORNOS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT), DEPRESSÃO, COMPORTAMENTO SUICIDA E SEUS IMPACTOS NO TRABALHO.	89
<i>Sérgio Roberto de Lucca</i>	

CAPÍTULO 7	
PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE MENTAL	
RELACIONADOS AO TRABALHO: diagnóstico, nexo causal, tratamento e prevenção do <i>burnout</i>	101
<i>Bruno Chapadeiro Ribeiro</i>	
CAPÍTULO 8	
ATENÇÃO AO SOFRIMENTO E AO ADOECIMENTO	
PSÍQUICO DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA	113
<i>Álvaro Roberto Crespo Merlo</i>	
CAPÍTULO 9	
VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR	
E DA TRABALHADORA COM FOCO NA SAÚDE	
MENTAL: necessidades e desafios.....	125
<i>Adriana Skamvetsakis</i>	
CAPÍTULO 10	
VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO:	
o que temos e o que poderemos construir?	139
<i>Tânia Maria de Araújo</i>	
CAPÍTULO 11	
PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE	161
<i>Eliane Cardoso Sales</i>	
RELATÓRIO FINAL	
OFICINA DE SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO	
TRABALHO: contribuições do Observatório Saúde Mental e	
Trabalho	173
PROPOSIÇÕES POR GRUPOS TEMÁTICOS	175
ÍNDICE REMISSIVO	189
SOBRE OS AUTORES	193

PREFÁCIO

Frida Marina Fischer

No início de 2020 fomos surpreendidos pela epidemia do novo coronavírus SARS-Cov2. Diariamente, a mídia divulgava números expressivos de adoecimentos e mortes. O medo de adoecer e morrer tomou conta do mundo! Naquela época, e de repente, olhares para os trabalhadores da saúde ganharam as manchetes de todos os jornais, e em todas as mídias eletrônicas. Finalmente nos lembramos que dependíamos de trabalhadores e trabalhadoras que executam em seu cotidiano serviços essenciais na sociedade, e estariam mais expostos e suscetíveis a adoecer e morrer para cumprir suas atividades de trabalho. Nas difíceis condições de trabalho e de vida com que se confrontaram aqueles que estavam mais expostos a adoecer, e a levar para seus lares a doença, ganharam destaque os problemas mentais destes trabalhadores. Entretanto, passada a crise sanitária, parece terem sido esquecidos novamente...

Em um importante trabalho conduzido sob a coordenação da Organização Panamericana de Saúde (Heroes, 2022) em 11 países da América Latina e citado no capítulo de autoria da Profa. Ana Claudia Gastal Fassa deste livro, profissionais de saúde apresentaram taxas elevadas de sintomas depressivos, pensamentos suicidas e sofrimento psicológico..." (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55972>).

Anos antes da pandemia de covid-19, os transtornos mentais já se configuravam como importantes causas de afastamento do trabalho em muitos países do mundo, inclusive no Brasil. Os trabalhadores e trabalhadoras com transtornos mentais não raro são estigmatizados, sendo difícil seu retorno e permanência no trabalho. As origens dos distúrbios psíquicos são variadas, mas, em particular destacam-se os ambientes e condições de trabalho. Os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) são frequentemente minimizados e/ou individualizados, dando-se

ênfase a mudanças de comportamentos e não necessariamente priorizando modificações na organização do trabalho.

Devido ao grande número de pessoas que sofrem de problemas mentais em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde celebra em 10 de outubro, o “Dia Mundial da Saúde Mental”, ressaltando que “Neste Dia Mundial da Saúde Mental, a OMS está se unindo a parceiros para destacar a conexão vital entre saúde mental e trabalho. Ambientes de trabalho seguros e saudáveis podem atuar como um fator de proteção para a saúde mental”.¹

Documentos importantes sobre saúde mental no trabalho têm sido publicados por agências internacionais, e aqui cito particularmente o “WHO guidelines on mental health at work”, lançado em 2022.

Embora tardivamente, a inserção deste tema deve ser considerada uma das pautas prioritárias a ser incluída no planejamento e execução das ações do Sistema Único de Saúde, recebendo recursos adequados, humanos e financeiros, para poder cumprir suas metas. Em pesquisa conduzida entre profissionais de saúde de 1368 municípios brasileiros, a pedido do Ministério da Saúde, e divulgada recentemente, destacam-se entre as áreas que precisam de melhorias, os transtornos mentais, incluindo abuso de álcool e outras drogas (Folha de São Paulo, 21/10/2024, p. A34).

Tendo sido convidada a prefaciar este livro, devo inicialmente mencionar sobre a satisfação em participar de tão significativo esforço de colegas que se dedicam incansavelmente, há vários anos, para a implantação do Observatório de Saúde Mental e Trabalho. Eles e elas, em seu cotidiano, são profissionais que atuam em instituições acadêmicas e não acadêmicas, em centros de atenção psicossocial e CERESTs de todas as regiões do país, ambulatórios, espaços de saúde públicos e privados, representações sindicais, em ações políticas, divulgação de estudos e intervenções, tanto na mídia eletrônica, como na impressa.

Este livro é fruto dos esforços de muitos profissionais, engajados nas atividades de compreender a interação entre os trabalhadores e seu trabalho e as repercussões na saúde mental, assim

1 <https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day/2024>.

como implementar intervenções para reduzir o sofrimento. Ao longo da apresentação do livro e dos capítulos que se sucedem, estão narrativas e reflexões, debates, ocorridos, principalmente, mas não exclusivamente, durante a Oficina realizada em Curitiba, na Universidade Federal do Paraná, de 6 a 8 de dezembro de 2023. O nome da Oficina é o título desta obra.

No livro são apresentadas experiências, conceitos, revisões e narrativas sobre: os intrincados e complexos cenários que se apresentam no trabalho contemporâneo; experiências de redes de pesquisa Europeia e na América Latina em saúde; transtornos mentais que têm origem na violência no trabalho; transtornos de estresse pós-traumático, depressão e comportamento suicida; diagnóstico, nexo causal, tratamento e prevenção do burnout; atenção ao sofrimento e adoecimento psíquico; prioridades de ações e dentre elas, os desafios a enfrentar no sistema de vigilância em saúde mental e trabalho, estratégias de atenção individual e coletiva; alguns exemplos bem sucedidos de atuação na prevenção de incapacidades e do retorno efetivo ao trabalho.

Nas palavras do Prof. Álvaro Roberto Crespo Merlo, no capítulo 7 deste livro: "... o trabalho pode ser fonte de prazer e de realização, pode ser fonte de fruto causar sofrimento, adoecimento e morte. O trabalho nunca é neutro. Ou bem (é) a ocasião de se realizar, ou bem (é) a ocasião de se destruir" ..

Concluo este prefácio com algumas frases emprestadas da música “Guerreiro Menino- Um homem também chora”, do grande compositor brasileiro Gonzaguinha, composta em 1983:

...Guerreiro menino/ Com a barra de seu tempo/ Por sobre seus ombros/Eu vejo que ele berra/ Eu vejo que ele sangra/ A dor que traz no peito/ Pois ama e ama/Um homem se humilha/ Se castram seu sonho/Seu sonho é sua vida/E a vida é trabalho/E sem o seu trabalho/Um homem não tem honra/E sem a sua honra/Se morre, se mata/Não dá pra ser feliz/não dá para ser feliz/

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 1

A CONSTRUÇÃO DO OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO

*Tânia Maria de Araújo
Simone Santos Oliveira*

Os transtornos mentais representam a terceira causa de afastamento do trabalho no Brasil. Estudos apontam tendência crescente desses transtornos em todo o mundo, o que fortalece a necessidade de focalizar os problemas de saúde mental na população trabalhadora: estimar adequadamente a sua frequência, conhecer suas características, padrões de ocorrência e os fatores que determinam e estruturam a ocorrência desses agravos e doenças.

A ausência de monitoramento desses agravos e de intervenções sobre os seus determinantes, agrava o sofrimento psíquico, aumenta as taxas de adoecimento e pressiona a demanda por serviços especializados em saúde mental. Ações contínuas e coordenadas, conjugando produção de conhecimento e de práticas, poderão reduzir e reverter essa tendência de crescimento. A proposta de criação de um **Observatório Nacional em Saúde Mental e Trabalho** no Brasil objetiva produzir conhecimentos para estruturar e consolidar políticas públicas e intervenções nos ambientes psicosociais do trabalho. Ao mesmo tempo, faz-se necessário implementar as ações de atenção integral às populações já afetadas.

A proposta deste livro é socializar os debates e as trocas ocorridas durante a primeira oficina organizada pelo nosso Observatório intitulada “Observatório Saúde Mental e Trabalho: reunindo esforços por direitos e bem-viver”, em dezembro de 2023, em Curitiba, na Universidade Federal do Paraná.

Preliminarmente cabe contextualizar a emergência dos problemas de saúde mental como centrais hoje no mundo do trabalho,

seguido de uma introdução à proposta de criação de um Observatório em saúde mental e trabalho.

Saúde mental e trabalho no contexto atual

Os agravos à saúde mental se tornaram cada vez mais relevantes no panorama global de morbimortalidade, especialmente evidenciados durante crises sanitárias globais, como a pandemia recente. Antes da pandemia de Covid-19, já havia um bilhão de pessoas vivendo com algum tipo de transtorno mental, o que corresponde a aproximadamente 13% da população mundial afetada diretamente (WHO, 2022). Além disso, os transtornos mentais são a principal causa de incapacidades, o que ressalta a gravidade do problema (WHO, 2022).

Durante a pandemia, houve um aumento significativo nas prevalências de transtornos de ansiedade e depressão. No ano de 2020, o primeiro ano da pandemia, os índices de transtornos de ansiedade e depressão aumentaram em 25,6% e 27,6%, respectivamente (WHO, 2022). É alarmante notar que a maior parte desses aumentos afetou populações em países de baixa e média renda, onde 82% dos afetados estão localizados (IHME, 2019). Além disso, houve uma prevalência maior entre mulheres, que representaram 52,4% dos casos relatados (IHME, 2019).

Os transtornos de ansiedade e depressão emergem como os mais significativos, representando 31,0% e 28,9% dos casos, respectivamente, o que sublinha a necessidade urgente de intervenções e políticas eficazes para enfrentar esta crise crescente na saúde mental global (WHO, 2022).

Além dos transtornos mentais como ansiedade e depressão, as taxas de suicídio também têm sido profundamente afetadas, com conexões claras com recessões econômicas. Estudos como o de Chang *et al.* (2013) e Lund *et al.* (2018) mostram que períodos de recessão estão associados a aumentos nas taxas de suicídio e no consumo de álcool. Isso é atribuído aos efeitos adversos que recessões têm sobre o emprego, renda, segurança econômica e suporte social (Lund *et al.*, 2018).

Em 2019, aproximadamente 703.000 pessoas de todas as idades perderam suas vidas devido ao suicídio globalmente (WHO, 2021). Esses números são impactantes por si só, mas é importante ressaltar que para cada morte por suicídio, estima-se que ocorram mais de 20 tentativas. Isso sublinha a escala e a profundidade do problema, revelando que as taxas de suicídio são indicativas de uma crise de saúde mental mais ampla e afetam proporções significativas das populações ao redor do mundo.

Essas estatísticas enfatizam a necessidade urgente de políticas e intervenções eficazes para abordar não apenas os transtornos mentais subjacentes, mas também os fatores sociais, econômicos e ambientais que contribuem para o aumento das taxas de suicídio. A atenção a essas questões é crucial para mitigar o impacto negativo sobre a saúde mental das populações globalmente.

A literatura especializada consistentemente destaca a relação entre as características do trabalho e o adoecimento mental, sublinhando o papel fundamental que o ambiente de trabalho desempenha na determinação dos transtornos mentais. Dados recentes revelam uma tendência preocupante de aumento nos transtornos mentais entre trabalhadores, afetando parcelas significativas da população e aumentando a demanda por serviços de saúde. Isso acarreta custos econômicos, sociais e individuais consideráveis (Araújo *et al.*, 2017).

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) são uma preocupação significativa no contexto brasileiro, destacando-se, como já mencionado, como a terceira causa mais comum de afastamento do trabalho no país (Silva-Junior; Fischer, 2014). Entre os anos de 2006 e 2017, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 8.474 casos de TMRT, com um aumento exponencial contínuo ao longo desse período, particularmente entre mulheres (Brasil, 2019).

Diversos fatores ocupacionais têm sido consistentemente associados aos TMRT. Estes incluem a divisão sexual e racial do trabalho, sistemas de valorização e poder no ambiente de trabalho, características da organização do trabalho, como assédio moral e violência, além de condições precárias de trabalho como

exposição a ruído excessivo e agentes químicos, como agrotóxicos (Araújo *et al.*, 2017).

A relação entre trabalho e adoecimento mental freqüentemente gera um ciclo de desvantagens significativas, exacerbando as dificuldades enfrentadas pelos indivíduos afetados. Adoecimento mental pode limitar a capacidade das pessoas de se inserirem no mercado de trabalho de maneira adequada, ou até mesmo de acessarem certos tipos de trabalho. De acordo com a OECD (2012), pessoas com problemas graves de saúde mental têm uma maior probabilidade de perder o emprego e enfrentar exclusão permanente do mercado de trabalho. Isso resulta em aumento das despesas com saúde e contribui para o que é conhecido como o “ciclo vicioso da desvantagem”. Na Europa, as taxas de emprego para pessoas com transtornos mentais comuns estão significativamente abaixo das taxas para pessoas sem esses transtornos, e essa disparidade é ainda maior para aqueles com transtornos mentais graves (OECD, 2012). Estima-se que 55% das pessoas com problemas de saúde mental enfrentam dificuldades significativas ao tentar retornar ao trabalho após períodos de afastamento. Daqueles que conseguem retornar, 68% relatam receber menos responsabilidades, trabalhar menos horas e receber menor remuneração do que antes de seus problemas de saúde mental (OECD, 2012).

A situação da saúde mental no Brasil enfrenta desafios significativos devido à escassez e restrição de dados epidemiológicos precisos, o que dificulta uma compreensão completa da dimensão e dos desfechos relacionados aos transtornos mentais. A análise da contribuição do trabalho para os transtornos mentais (TM) coloca corretamente em destaque essa dimensão crucial da vida, considerando que as condições nos ambientes de trabalho têm um papel significativo na promoção ou prevenção desses transtornos. Intervenções que visam melhorar essas condições podem não apenas evitar a ocorrência de TM, mas também reduzir sua prevalência, com efeitos positivos na manutenção dos empregos e na qualidade de vida dos trabalhadores.

Dante desse panorama, a análise da saúde mental dos trabalhadores e da relação entre saúde mental e trabalho torna-se

essencial. Esta análise não somente poderá oferecer base norteadora para a gestão de políticas públicas, mas também para a proposição de intervenções eficazes nas redes de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

A proposta de criação de um **Observatório Nacional** emerge como uma iniciativa potente, estruturada na concepção de que a reunião de habilidades e esforços poderão contribuir para o desenvolvimento de respostas efetivas no campo de saúde mental-trabalho no Brasil, de modo criar condições favoráveis para intervir na situação atual de crescimento contínuo do adoecimento mental. Assim, aspectos que conectam conhecer a agir ganham destaque nesta proposta e organizam as parcerias entre pesquisadores/ pesquisadoras e profissionais de serviços e órgãos públicos no país.

Reunindo esforços por direitos e bem-viver – uma linha do tempo da constituição do Observatório Nacional em Saúde Mental e Trabalho

O tema da saúde mental e trabalho ao longo das últimas décadas tem sido objeto de preocupação constante por parte da academia, serviços e organizações sindicais. Muitos esforços já foram empreendidos na direção de uma priorização desta temática no campo da Saúde do Trabalhador na perspectiva da implementação da vigilância em saúde com base na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Podemos afirmar que aglutinar ações e pesquisa no enfrentamento desta temática tem sido realizada há algum tempo por componentes desse grupo em diferentes conjugações. A seguir resgatamos algumas dessas iniciativas que apresentam confluência dessas experiências de âmbito nacional.

Em abril de 2017 realizou-se a Oficina Reflexões em Saúde Mental e Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, na Faculdade de Medicina, da Universidade Federal da Bahia. Participaram pesquisadores, profissionais do Cerest e representantes sindicais. O debate teve como foco a discussão dos desafios

dessa temática e da relevância de se pensar uma vigilância como um modelo integrado para dar resposta às problemáticas surgidas nesse campo. Identificou-se a necessidade de, além dos dados oficiais, estruturar um banco de dados produzidos pelas pesquisas desenvolvidas nos vários grupos em todo o Brasil, envolvendo também a captação de informações das experiências das pesquisadoras(es) e trabalhadoras(es) dos serviços. Destacou-se também a importância da realização de formação em vigilância em saúde mental do(a) trabalhador(a) com a Rede de Atenção à Saúde e Social: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centros de Referência em Assistência Social (CRAS). Outra questão pontuada foi a necessidade de aprofundamento da dimensão da saúde mental relacionada aos acidentes de trabalho nos dados do INSS, principalmente com relação à violência, intoxicações e acidentes. Constataram-se as dificuldades e barreiras para obtenção de informações fidedignas, considerando especialmente a subnotificação dos campos relacionados à ocupação e ao setor da economia dos casos registrados. As limitações do sistema de registro – que não é fácil de operacionalizar com relação a esses dados – é um desafio crucial para identificar os setores de trabalho com maior proporção de afetados.

Também foi destacada a dificuldade de realização das notificações e – este é ponto muito relevante. As dificuldades geradas pela ausência de diretrizes para as notificações não são pequenas: não há normatização específica sobre o que deve ser notificado, o que deve ser registrado. Isso, por sua vez, contribui para fragilização no processo de notificação, pois quanto maior é a incerteza, menor é a probabilidade de notificação do problema.

Ressaltou-se, ainda, a necessidade de incrementar o diálogo da academia com os serviços, para transpor o distanciamento ainda persistente. Esse diálogo poderá fomentar a perspectiva de que a pluralidade de saberes permite pensar uma teia de ações em níveis diferenciados, fortalecendo laços e iniciativas inovadoras.

Em outubro do mesmo ano, 2017, em Florianópolis, no âmbito das atividades do Pré-Congresso do X Congresso Brasileiro de Epidemiologia, ocorreu a Oficina Experiências em Saúde

Mental e Trabalho: monitoramento dos casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) e de seus determinantes, em Florianópolis, no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Iniciativa conjunta do Núcleo de Epidemiologia da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), do projeto de apoio à implantação da VISAT (SVS-FIOCRUZ-DF) e de Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMT, UFBA e UEFS. A coordenação geral desta oficina ficou a cargo da Professora Tânia Maria de Araújo (NEPI-UEFS) e teve como objetivo principal discutir aspectos relativos à Saúde Mental e Trabalho, com base em ações articuladas entre universidades, representações de trabalhadores, Ministério da Saúde e serviços de saúde. A finalidade foi traçar estratégias de incorporação de ações de saúde mental e sofrimento psíquico relacionado ao trabalho como linha prioritária de implementação da PNSTT. Os objetivos específicos foram: (i) Identificar iniciativas existentes no país em saúde mental e trabalho, especialmente aquelas desenvolvidas na RENAST. (ii) Discutir os nós críticos e os desafios para ações mais efetivas nesse campo. (iii) aspectos teóricos e metodológicos para a estruturação de uma base integradora de atuação. (iv) Estabelecer proposta de rede de Vigilância em Saúde Mental e Trabalho e estratégias de análise e intervenção nos ambientes e processos de trabalho. (v) Apontar diretrizes para o aprofundamento e reflexões a serem disseminadas e fortalecidas nos espaços participativos e de formação. Da oficina participaram pesquisadores(as), sindicalistas, gestores(as) e profissionais com atuação no campo da saúde mental e trabalho, especialmente da RENAST, dos CEREST de todo o país. Assim, foi possível conhecer as diferentes experiências em saúde mental e trabalho, as ações, intervenções e estudos nesta área, bem como identificar experiências de sucesso em curso. Além disso, o rico debate realizado explicitou alguns dos nós críticos enfrentados nessas ações e fortaleceu os esforços para desenhar uma pauta de discussões e ações para o fortalecimento das ações da VISAT.

Em 25 de julho de 2018, no Rio de Janeiro, durante o XII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, ocorreu a Oficina Saúde

Mental e Trabalho – da assistência à vigilância: monitoramento dos agravos e das exposições, experiências no SUS e perspectivas de avanços. Estiveram presentes 30 profissionais do Cerest de todas as regiões do Brasil, tendo como objetivo conhecer as experiências de VISAT em Saúde Mental e Trabalho e a assistência aos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) no seu Estado. A coordenação da oficina apresentou, com base nos dados do Sinan, um diagnóstico da situação dos TMRT no Brasil, apontando a distribuição dos casos por estados nas cinco regiões e as características ocupacionais dos casos notificados. Contextualizou-se o panorama das transformações no mundo do trabalho, indicando mudanças políticas, econômicas e sociais; inovação tecnológica; precarização das relações de trabalho como terceirização, subcontratação, trabalho intermitente; dentre outras características como coexistência de processos de trabalho arcaicos e modernos; flexibilização da organização do trabalho e remuneração variável por produtividade; além das dinâmicas de exploração inerentes ao capitalismo. O aumento dos casos de suicídio foi tema importante das discussões da oficina que finalizou considerando propostas para continuidade das ações de vigilância dos ambientes de trabalho e apontando os desafios da incorporação do trabalho na compreensão e nas práticas dos processos saúde-doença, foco no processo e organização do trabalho e seus dispositivos legais de regulamentação.

Portanto, a realização dessas Oficinas desde 2017 foi estruturando e dando vida e movimento ao grupo – elas representam marcos de encontros presenciais que fortaleceram a rede de contatos; mas a rede permaneceu tecendo suas malhas com parcerias, trocas e iniciativas em pequena escala.

Com a pandemia de Covid-19 e as mais diversas demandas trazidas ao campo de saúde em geral, e mais especificamente à saúde coletiva e à saúde do trabalhador, às necessidades de cooperação e trabalho conjunto ficaram ainda mais reforçadas. As demandas para atuação em saúde mental ampliaram-se rapidamente, quase tão fortes e frequentes quanto as preocupações e os medos de infecção por Covid-19. Esse momento de crise sanitária

global foi elemento propulsor de busca de cooperação – isolados nos domicílios, a busca de redes de apoio e de estratégias de enfrentamento coletivas foi reforçada. Também com a pandemia expandiram-se rapidamente as inovações comunicacionais – as atividades remotas foram, assim, incorporadas no nosso dia a dia, criando um canal efetivo de comunicação à distância.

Assim, emergiram iniciativas muito potentes, como a Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores e das Trabalhadoras. A Frente Ampla é uma iniciativa para cooperação entre movimentos sociais, entidades sindicais, instituições, grupos de trabalho e núcleos de estudo e pesquisa que tenham em comum o compromisso de promoção e defesa da saúde e segurança de trabalhadores e trabalhadoras. Iniciativa liderada pelo Professor René Mendes tem como propósito contribuir para a defesa da vida e da saúde dos que vivem de seu trabalho. Organizada por Grupos de Trabalhos (GT) temáticos, se configura como um espaço político estratégico e propositivo de debate desde 2020. O GT3 Saúde Mental e Trabalho. No período da pandemia Covid-19, o grupo se reuniu sistematicamente, formando um grupo coeso, comprometido e interessado, que manteve suas atividades de cooperação até o momento atual. O grupo é constituído por pesquisadores(as) de diversas instituições, profissionais de Cerests e sindicalistas.

Em 2021 foram realizados três webinários promovendo debate entre diferentes categorias de trabalhadores(as), sindicalistas, movimentos sociais e pesquisadores(a) da Educação, do Trabalho Doméstico e de Cuidado, Trabalho por Plataforma – entregadores e motoristas e Trabalho em Saúde. Ainda em 2021, o grupo realizou o Curso de Extensão “Saúde Mental e Trabalho: Compreender para Transformar” – uma iniciativa liderada pela Universidade Estadual de Maringá (UEM) em parceria com várias universidades do país. O curso teve uma carga horária de 30 horas e ocorreu semanalmente em um período de três meses. O curso foi estruturado em três blocos: (1) Trabalho e Saúde: aspectos teórico-conceituais; (2) Saúde Mental e Trabalho: caracterização dos principais tipos de agravos e ações de vigilância em saúde;

(3) A promoção da saúde mental: estratégias coletivas de enfrentamento. Seguidos as aulas expositivas foram criados grupos de discussão para aprofundamento e reflexão dos aspectos apresentados. Destacou-se a importância de abordar a dimensão social e política da saúde mental, em particular a urgência de reconhecimento e valorização das estratégias coletivas para enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho precarizado.

No decorrer do ano de 2022, ancorados nas experiências anteriores, nos debruçamos sobre a proposta de construção do Observatório de Saúde Mental e Trabalho. Elaboramos um projeto e buscamos viabilizar este sonho. Em novembro de 2022 o projeto foi debatido e referendado no Simpósio Brasileiro de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (SIMBRASTT), promovido pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). A partir de uma roda de conversa sobre Saúde Mental e Trabalho apresentou-se e debateu-se a proposta, ganhando adeptos e apoio das diversas instituições presentes.

Marco zero para a criação do Observatório

Em dezembro de 2023, nos dias 6 a 8, na Faculdade de Direito, da Universidade Federal do Paraná (UFPR), através do Programa de Apoio a Eventos no País – PAEP da Capes, realizamos a primeira oficina para discutir a estruturação do Observatório. A Oficina foi intitulada **Observatório Saúde Mental e Trabalho: reunindo esforços por direitos e pelo bem viver**, retomando um processo de discussão do campo de Saúde Mental e Trabalho no Brasil.

O processo iniciado mais organicamente em 2017 consolidou-se a partir dessa proposta do Observatório. Contudo, o contexto entre o ponto inicial de junção de esforços e o ponto atual é diverso: os problemas se avolumaram, novos problemas emergiram, exigindo avaliação cuidadosa dos nós críticos e desafios. Assim, vários debates foram retomados e aprofundados. Discutiram-se as prioridades e ações iniciais do Observatório, aspectos operacionais de sua sustentação, buscando desenvolver

o planejamento para o primeiro ano de funcionamento. A Oficina contou com a participação de docentes, pesquisadores(as), profissionais do SUS, técnicos da Fundacentro e da SGTES-Ministério da Saúde, representantes sindicais, CISTT e Ministério Público do Trabalho (MPT) (Figura 1).

Figura 1 – Participantes da Oficina Observatório Saúde Mental e Trabalho: reunindo esforços por direitos e pelo bem viver



Proposição do Observatório

A proposta de criação do Observatório Nacional em Saúde Mental e Trabalho no Brasil, sustenta-se em uma rede já existente de cooperação de pesquisadores(as) e de profissionais atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), contemplando problemas e desafios elencados em investigações e estudos desenvolvidos no âmbito acadêmico e em práticas de atenção, assistência e de vigilância dos serviços de saúde do SUS com a perspectiva de subsidiar estratégias e políticas para a redução dos agravos relacionados ao trabalho.

Por meio da cooperação proposta serão desenvolvidos esforços na construção de sínteses científicas da situação de saúde mental de grupos de trabalhadores/as no país, associadas

à tradução e transferência de resultados de pesquisas para uso na atenção integral à saúde mental e trabalho. A ideia de observatório repousa na perspectiva de um olhar atento, continuado e permanente no tempo, capaz de identificar padrões, tendências, movimentos e dinâmicas. Porém, não se trata apenas de observação, mas de um olhar implicado. Nesse caso, acrescenta-se à ideia de observação cuidadosa, a perspectiva de atuação, conformando a perspectiva de um olhar para a ação.

Assim, o Observatório será instrumento de disseminação de informações e resultados das pesquisas, de práticas e de intervenções, oferecendo suporte à decisão pública, à implementação de práticas, políticas e ações inovadoras, a partir da socialização de conhecimento e experiências. A criação deste observatório auxiliará no planejamento de ações para os problemas investigados por diferentes grupos de pesquisa no país e no desenho de práticas e atuação em saúde mental, articulando universidades-serviços de saúde, sindicatos e a sociedade organizada.

Trata-se, assim, de uma proposta para promover o intercâmbio e a cooperação em nível nacional com a finalidade de gerar e disseminar o conhecimento científico, considerando ações conjuntas de pesquisa/produção de conhecimento e de aplicação em práticas inovadoras. No eixo de aplicação preende-se aproximar pesquisadores(as), técnicos(a), gestores(as), sindicatos e associações de trabalhadores(as). A apropriação do conhecimento produzido para fomento de ações na rede do SUS é uma das finalidades do Observatório; assim, esforços serão desenvolvidos na produção de insumos para essa tarefa. Os resultados das pesquisas a serem desenvolvidas deverão estar articuladas a processos de formação/capacitação e de disseminação de ferramentas, metodologias e práticas para apoiar a gestão e as políticas públicas em saúde mental.

O desenvolvimento do Observatório Nacional em Saúde Mental e Trabalho tem como propósito ser um instrumento para tomadores de decisão em todos os âmbitos da gestão e representa uma iniciativa inédita no Brasil. Pretende contribuir

para a difusão de informações basilares para a construção de parâmetros de cunho nacional para as redes de saúde mental e de saúde do trabalhador(a) e internacional, para possibilitar trocas com experiências e realidades de outros países e regiões do mundo. O conhecimento mais aproximado da real condição de adoecimento mental relacionado ao trabalho em categorias profissionais reconhecidamente mais atingidas serão atualizadas constantemente no Observatório, que servirá de plataforma aglutinadora de profissionais de serviços de saúde, pesquisadores de diferentes instituições e representantes das categorias profissionais em uma rede de fluxo de informações e compartilhamentos para aprimorar planos estratégicos para melhoria gradativa das condições de saúde mental de trabalhadores/as no país.

Estruturação do Observatório – a ação por eixos temáticos

A organização da estrutura do Observatório foi desenhada a partir de eixos temáticos da seguinte forma:

Eixo 1 – Informação e produção de conhecimento e práticas em Saúde Mental e Trabalho, focalizando atividades de pesquisa. Este eixo tem o objetivo de elencar prioridades de produção de informação, conhecimento e práticas em saúde mental e trabalho a curto, médio e longo prazo. É um eixo com foco em atividades de **Pesquisa** e de produção de dados em informação.

Eixo 2 – Formação em Saúde Mental e Trabalho. A formação em saúde mental e trabalho deve ser estruturada para capacitar: I. técnicos(as) dos serviços do SUS para a atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora, com ênfase especial às equipes da RENAST (Cerest) e a RAPS (CAPS), mas também incluindo também os serviços e trabalhadores(as) da Atenção Primária e de Urgências e Emergências; II. Sindiclistas e representantes do controle social; III. Estudantes de graduação e pós-graduação; IV. Trabalhadores(as) interessados(as) no tema.

Eixo 3 – Vigilância e Atenção em Saúde Mental e Trabalho. O debate sobre ações de Vigilância em Saúde Mental e Trabalho deverá ser construído a partir do estabelecimento de diretrizes orientadoras de comando nacional, a ser instituído pelo Ministério da Saúde após amplo debate nacional, plural e participativo.

Eixo 4 – Linhas de Cuidado em Saúde Mental para os trabalhadores e trabalhadoras. Este eixo busca enfrentar um importante desafio de um dos principais nós críticos no campo da saúde mental e trabalho que consiste em estabelecer uma linha de cuidados em saúde mental para o trabalhador e para a trabalhadora, definida a partir de fluxos adequados de referência e contrarreferência, ações em tempo oportuno, e integrada a ações de reabilitação e acompanhamento de retorno ao trabalho.

Um eixo organizativo foi também realizado com a finalidade de desenhar a estrutura administrativa e de gestão dessa iniciativa inovadora, cuja função central é reunir esforços, planejar e executar um conjunto de ações articuladas a partir dos eixos temáticos descritos previamente.

Composição atual

Esta iniciativa gerada a partir dos investimentos de pesquisadores atuantes nesse campo de investigação oriundos de vários grupos de pesquisa e de serviços de saúde da RENAST do país, atualmente está composta por pesquisadores(as) e profissionais de saúde das cinco regiões do país, totalizando inserção de **19 universidades** e **19 serviços do SUS** (17 CEREST e 2 CAPS) e técnicos(as) da Fundacentro– detalhadas abaixo.

Universidades e Centro de Pesquisa: Entre docentes, na região **Nordeste**: pesquisadores da UEFS (instituição coordenadora), UFBA, UFRB, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Região **Norte**: UEA; Região **Sudeste**: UNICAMP, USP (Faculdade de Saúde Pública), USP (Ribeirão Preto), UFU, UFJF, UFF, CESTE/ENSP/Fiocruz/RJ; Região

Centro-Oeste: UFMT, UNB; **Região Sul:** UFRGS, UFPR, UFSM, UEM, IFPR.

Rede de atenção à saúde – SUS: Entre os profissionais de saúde participam: **Região Nordeste:** DIVAST-SESAB, CEREST de Feira de Santana-BA, CEREST de Itaberaba-BA; CAPS de Salvador, CAPS/Coordenação de SM de Feira de Santana-BA, CEREST Maceió; CEREST Regional João Pessoa-PB; CEREST Regional São Luis-MA; **Região Norte:** CEREST Amazonas, Gerência de Saúde do Trabalhador do Estado do Tocantins; CEREST Regional de Araguaína/TO; CEREST Estadual de Roraima; **Região Sudeste:** CEREST Estadual SES-São Paulo; CEREST Registro-SP; CEREST Duque de Caxias- RJ; CEREST de Volta Redonda-RJ; **Região Sul:** CEREST Vales, CEREST Macronorte/Palmeiras das Missões-RS, Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST)/Paraná.

Representação sindical e movimentos da sociedade: Sindisprev/RS, CUT Nacional, GT3 Saúde Mental e Trabalho-Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras, ABRASTT, GT Saúde do Trabalhador/ ABRASCO.

Desenhando os projetos conjuntos para alcançar novos horizontes: manter as mãos apertadas e os sonhos materializando ações

Este livro registra a trajetória de reunião de esforços, de esperanças, de projetos e, principalmente, de muitos sonhos e utopias. São olhares que miram horizontes onde possa ter lugar o mundo que acalentamos nos nossos corações e mentes. A reunião de todos e toda nesta proposta se faz a partir de concepções e visões de mundo alimentadas e movidas pela determinação e pela luta por vida digna e bem-viver para todos e todas, trabalhadores e trabalhadoras.

Apenas o passo inicial foi dado nessa materialização de um Observatório Nacional. Muito há ainda a fazer, mas estamos dispostos e cheios de energia. O quadro agudo de uma

verdadeira epidemia de efeitos negativos da exploração do trabalho sobre a saúde da população trabalhadora, de elevação contínua do adoecimento e sofrimento mental em todos os contextos laborais, nos coloca muitos desafios e demandas. Mas trabalharemos duro, trabalharemos em conjunto, cooperativamente, para resistir e para inventar alternativas que resgate a potência do trabalho para desenvolver o humano em nós, para nos realizar, para nos trazer alegrias. Afinal:

A gente não quer só comida. A gente quer comida, diversão e arte.

A gente quer inteiro e não pela metade.

(Comida – Arnaldo Antunes, Marcelo Fromer e Sérgio Britto)

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M. D.; PALMA, T. D. F.; ARAÚJO, N. D. C. Vigilância em saúde mental e trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3235-3246, out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador. *Transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil, 2006–2017*: boletim epidemiológico, ed. n. 13, ano IX, 2019. Disponível em: https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ccvisat_bol_transtmentais_final_0.pdf. Acesso em: 11 ago. 2025.

CHANG, S. S. et al. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*, Londres, v. 347, p. f5239, 2013.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION (IHME). GBD results tool. In: GLOBAL Health Data Exchange. Seattle, EUA, 2019. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/cb9c37d-9454c80df77adaed394d7fc0f>. Acesso em: 11 ago. 2025.

LUND, C. et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, Londres, v. 5, n. 4, p. 357-369, 2018.

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD Publishing, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Preventing suicide: a global imperative*. Genebra: Organização Mundial

da Saúde, 2014. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>. Acesso em: 11 ago. 2025.

SILVA JUNIOR, J. S. D.; FISCHER, F. M. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 186-190, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. Genebra, 2012. Disponível em: <https://www.oecd.org/els/mental-health-and-work-9789264124523-en.htm>. Acesso em: 11 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>. Acesso em: 11 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *World mental health report: transforming mental health for all*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO.

CAPÍTULO 2

OS DESAFIOS DO CAMPO DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO E A ESTRUTURAÇÃO DE RESPOSTAS COLETIVAS

Ana Claudia Gasta Fassa

Introdução

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera esse tema da saúde mental no trabalho de extrema relevância e acredita que a organização do Observatório Saúde Mental e Trabalho por meio da união de pesquisadores, profissionais de saúde, representantes dos trabalhadores e da sociedade civil em torno desse objetivo que enfatiza a pesquisa, a formação, a vigilância e a gestão são importantes para intervenções efetivas. O adoecimento mental relacionado ao trabalho está assolando o mundo com altas taxas de prevalência.

Os desafios do campo da saúde mental e trabalho são a estruturação de respostas coletivas. Existem um grande número de publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), especialmente, em seus quatro documentos recentes, o qual temos um plano de ação que vai até 2030 e os outros documentos a partir de 2020 que são sobre saúde mental de maneira geral.

E agora o documento: *Mental health at work: policy brief* (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>) e *WHO guidelines on mental health at work* (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>), que é de 2023 e são os guias sobre saúde mental e trabalho abordando sua relação.

Serão abordados os dados globais, sobre trabalho e saúde mental, sobre as mudanças no mundo do trabalho antes da

pandemia e como é que a pandemia impactou nessa área, para enfocar os desafios para saúde mental e finalizar com esse tema das respostas coletivas.

Dados globais sobre trabalho e saúde mental

O que sabemos do contexto? 60% da população mundial é trabalhadora, 61% dos trabalhadores estão na economia informal e temos um contingente grande de desempregados, são 207 milhões de desempregados, estimativas para 2022 (WHO, 2023). Em termos globais, o trabalho tem impacto negativo na saúde mental, mas o desemprego também gera o mesmo impacto e isso é importante destacar.

O trabalho seguro e saudável é um direito fundamental. O trabalho e a saúde apresentam uma relação bidimensional. O trabalho seguro e saudável é positivo porque não só prove renda, mas uma rotina estruturada e relações. Ele busca um propósito com a possibilidade de realizações e é saudável, inclusive, tem uma relação com uma melhoria de performance e produtividade, tem um impacto em redução de tensão e conflito (WHO, 2023).

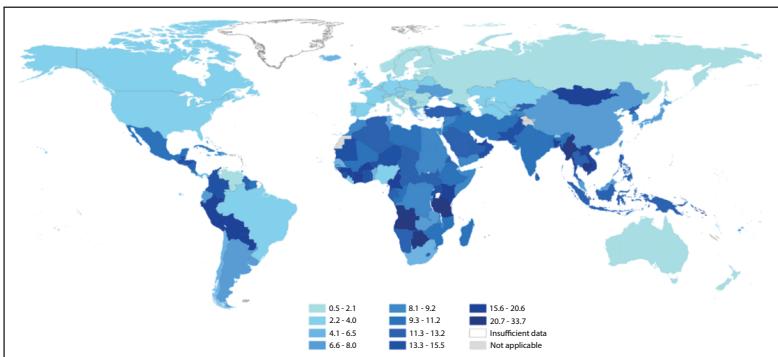
Já o desemprego e emprego precário tem esse impacto negativo para saúde mental, por outro lado é importante destacar que o emprego auxilia na recuperação da saúde mental, melhora na autoestima e no funcionamento social. Por outro lado, é possível identificar pessoas com problemas de saúde mental severos por sofrerem estigma e discriminação e terem seu direito ao trabalho frequentemente violados. Elas estão mais propensas a receber salários abaixo da média do que a população em geral. Então é uma relação bastante complexa pois tem aspectos que podem levar a um efeito positivo, um efeito negativo como a saúde mental e impacta como é que a pessoa se insere no trabalho. O trabalho e sua ausência impactam da mesma maneira na saúde mental (WHO, 2023).

Os dados globais estimam que 301 milhões de pessoas vivem com ansiedade, 280 milhões com depressão, 164 milhões com esquizofrenia e transtorno bipolar. E ocorrem 703 mil mortos por suicídio ao ano. Esse é um tema no qual faz-se necessário

dimensionar o quanto está relacionado ao trabalho. Esse é um desafio, mas muitas delas vivem com essas condições ou tiveram mortes por suicídio. Há situações de suicídio dentro do local do trabalho. E sabemos que 15% dos adultos em idade produtiva têm transtorno mental em algum momento, o desemprego, a insegurança no emprego e financeira e a perda recente de emprego são fatores de tentativas de suicídio, também os riscos psicossociais podem causar ou agravar condições de saúde física (WHO, 2023). O resultado de uma revisão sistemática mostra que trabalhar 55 horas ou mais por semana tem relação com 745 mil mortes por acidente cardiovascular cerebral e doença cardíaca isquêmica (Pega *et al.*, 2021).

O efeito das longas jornadas de trabalho é um fator de risco psicossocial sobre eventos cardiovasculares. Na Figura 1 são apresentadas as proporções de 194 países da população exposta a longas jornadas.

Figura 1 – Proporção (%) da população exposta a longas jornadas de trabalho (55 horas por semana ou mais), 2016, 194 países



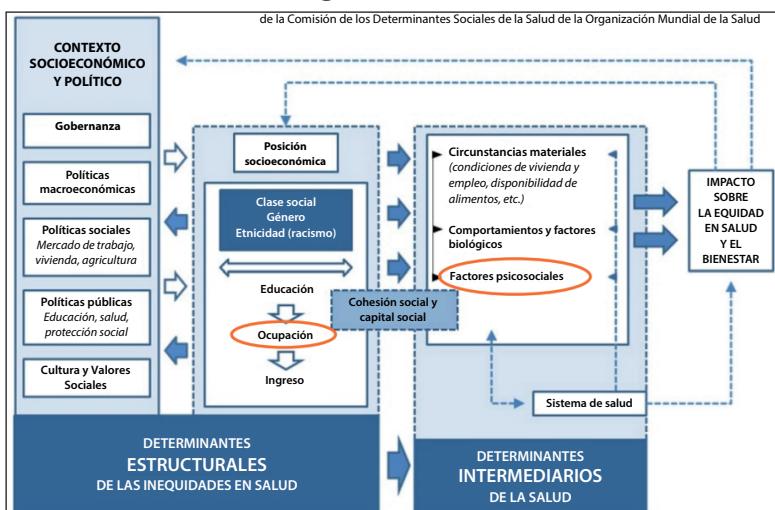
Fonte: OPAS, 2021.

E o custo disso? O custo da ansiedade e depressão para a economia é de um trilhão de dólares por ano e metade desse valor está relacionado a custo indireto: pela perda de produtividade, tanto de presenteísmo (no qual a pessoa está fisicamente no trabalho, mas não é capaz de desenvolver suas atividades adequadamente) quanto por absenteísmo (ausência no trabalho

por doença ou outros motivos). São bilhões de dias de trabalho perdidos por ano por ansiedade e depressão, e esses dados estão no *Guideline Mental Health at Work: Policy Brief* (WHO, 2023).

O modelo conceitual utilizado pela OMS sobre as relações dos determinantes sociais de saúde apresentado na Figura 2, mostra a ocupação como um determinante estrutural de saúde e um determinante estrutural de iniquidades em saúde.

Figura 2 – Marco conceitual dos determinantes sociais da saúde da Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde



Fonte: Commission on Social Determinants of Health (CSDH).

Então, a ocupação é determinada pelo contexto socioeconômico e político que envolve a governança, as políticas socioeconômicas, políticas sociais, culturas e valores e sociais. A ocupação junto a classe social, ao gênero, a etnia, a educação e a renda marcam a posição socioeconômica do indivíduo que vão determinar circunstâncias materiais, comportamentais e os fatores psicosociais que são determinantes intermediários de saúde. E isso determina tanto a saúde quanto questões de equidade em saúde. O foco deste capítulo está nos fatores psicosociais, ou

seja, um determinante intermediário de saúde e de equidade em saúde e não tanto nos fatores estruturais como as condições de emprego, especialmente (WHO, 2024)

Mudanças no mundo do trabalho antes da pandemia

Como é que foram, como é que vem/vinha ocorrendo, as condições do trabalho antes da pandemia? A situação é e era de empregos precários e de baixos salários, com pouca supervisão regulatória e direitos trabalhistas limitados que foram exacerbados pela globalização, com contratos temporários, trabalhadores de com mais de um emprego e mudando mais de emprego com distinção entre exposições ocupacionais e não ocupacionais, tanto artificiais porque as atividades perderam o seu local definido, não é mais exatamente uma fábrica, as pessoas trabalham no seu carro, trabalham um pouco no local de trabalho, um pouco em casa, então uma deslocalização do trabalho, redução da organização dos trabalhadores com menor filiação sindical, o envelhecimento da força de trabalho com o aumento de doenças crônicas e uma maior diversidade, e o aumento no número de mulheres e a presença de outros grupos vulneráveis. Na América Latina e Caribe, metade dos trabalhadores são informais, em alguns países a informalidade chegar a 70%, é bastante heterogênea e são mulheres, jovens, idosos, pessoas com nível de escolaridade mais baixo, que trabalham na agricultura, com vínculos informais e em empresas menores apresentam maior número de vínculos informais.

Ao analisar o setor econômico, na agricultura encontram-se os menores níveis de educação e o vínculo de trabalho pode chegar a quase 90% de informalidade. Os mais jovens e os mais velhos apresentam maior número de informalidade. O trabalho informal é concentrado em alguns grupos específicos. Isso traz preocupação porque as micro e pequenas empresas têm mais de 40% dos empregos na região e os autônomos chegam a 70% e a informalidade não agrícola chega a 59% em empresas com até 10 empregados, e o que que isso quer dizer? Quando se pensa em uma situação mais formal de oferta de serviços de saúde

do trabalhador dentro dos locais de trabalho está restrito a 20 a 30% dos trabalhadores, então realmente é necessário pensar em políticas públicas de alto alcance.

E como é que a pandemia impactou o trabalho? Ela exacerbou e evidenciou as desigualdades, então quase 45% das pessoas com menos de 18 anos vivem na pobreza, com um aumento de 3 pontos percentuais em relação a 2019. Eles são da América Latina e Caribe. Em 2022, a fome afetou 56 milhões de pessoas na região, aumentou 13 milhões de pessoas desde o início da pandemia e a expectativa de vida ao nascer na região diminuiu três anos de 75 para 72 anos, foi o maior declínio do mundo.

E o mundo do trabalho acelerou as mudanças, então tivemos uma expansão do teletrabalho e o aumento de empregos nas plataformas digitais entre outros, a taxa de emprego em 2022 voltou para os níveis pré-pandemia, mas ainda é bastante heterogêneo entre os países. E nos países que houve essa recuperação da taxa de emprego só ocorreu à custa dos empregos informais e dos trabalhadores por conta própria, ou seja, nos países que ainda não recuperaram a taxa de emprego o risco do trabalho informal é grande. Além disso, a remuneração do trabalho por hora está mais baixa do que era antes do início da pandemia, ou seja, temos um fenômeno do trabalhador pobre. Então quais são os desafios para saúde mental?

O primeiro desafio são as condições de emprego, elas andam de mãos dadas com as condições precárias de trabalho. Então o trabalho precário gera incerteza e instabilidade afeta a capacidade dos trabalhadores planejarem o futuro e é necessário refletir que a diminuição do custo fixo para os empregadores significa de maneira direta redução da proteção dos trabalhadores. Então trabalho precário ele afeta a saúde mental pela insegurança, pelos baixos salários, pela falta de acesso ao serviço de saúde e segurança social, pelas longas jornadas de trabalho, por controle sobre a jornada.

O tema controle sobre o trabalho é bastante pesquisado, entretanto é necessário pensar numa outra questão do controle, que é como ocorre o controle sobre o trabalhador, as novas estratégias de controle de trabalho por algoritmos entre outras. Destaca-se a remuneração por produtividade: que pode ser de maneira

explícita como a situação do trabalhador por aplicativo que ganha pelo número de corridas, mas também de maneira implícita porque como tem a deslocalização do trabalho, o trabalho controlado por metas muitas vezes inatingíveis o que acaba configurando uma necessidade de produção, novas questões éticas e legais, trabalhador em um país e o empregador em outro, está correndo muito nas plataformas legais e tudo isso ocorrendo com muitas populações em situação de vulnerabilidade por questões de raça, de sexo, de identidade de gênero, portadores de deficiência, orientação sexual e origem social. Ressalta-se que a questão da migração cresceu muito na região, que sempre ocorreu, mas o volume agora é impressionante porque envolve aspectos religiosos e de idade.

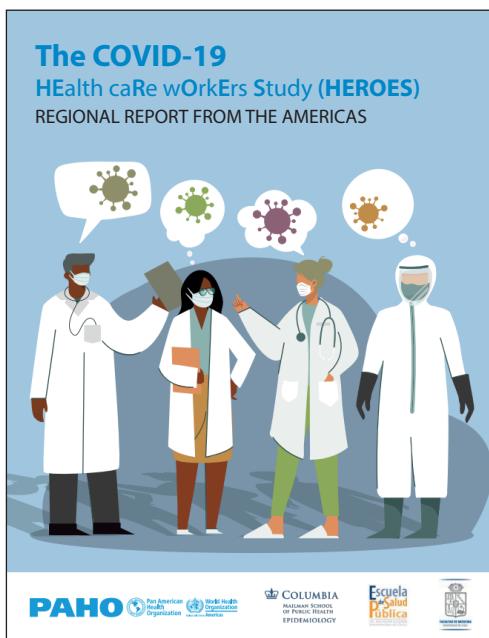
Então, sobre as pessoas, retomasse a questão da jornada de trabalho com uma pergunta: se a automação está substituindo o trabalho humano, por que nós estamos trabalhando mais? Essa é uma questão que nos leva a pensar para onde está indo todo esse ganho que se tem com as novas tecnologias?

Um outro tema que é um desafio para saúde mental é o aumento da demanda por cuidado e tem os setores produtivos extremamente feminizados e pouco valorizados como educação, saúde, trabalhadores domésticos, e esse aumento da demanda por cuidados aumenta a carga de trabalho não remunerado sobre as famílias afetando, especialmente, as mulheres e toda essa ideia de que o teletrabalho pode ser benéfico, mas ele se sobrepõe às exigências domésticas. Então, a ausência de investimento na economia do cuidado, escassez de pessoal e em alguns países também tem o problema de migração de pessoal formado para essas áreas, então o investimento na economia do cuidado e a valorização desses trabalhadores, pode impulsionar toda economia porque ele libera as famílias para um trabalho remunerado.

Os trabalhadores, alguns dentro da economia do cuidado como os trabalhadores de saúde tiveram durante a pandemia uma intensificação das relações de trabalho precária com trabalhos temporários emergenciais, apesar da demanda reprimida após a pandemia vários desses contratos foram rescindidos, trabalham longas horas, assumiram funções para quais não tinham

experiência e treinamento adequado, uma situação de falta de materiais de equipamento de proteção, com incertezas sobre enfrentamento do problema em ambiente de ciência. Um estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em alguns países mostrou que durante a pandemia, entre 15 e 22% tinham sintomas depressivos, entre 13 e 15% estavam em risco de depressão maior entre 5 e 15% relataram ideação suicida, seja um volume muito grande de pessoas adoecidas e entre 11 e 25% dos que disseram precisar de atendimento psicológico. Houve uma carência enorme de acesso a serviço ou de busca por serviço inclusive até pela questão do estigma. Além disso, o risco de ter sintomas e transtornos psiquiátricos pode ser alto por mais de dois anos após o início da crise sanitária, então esse é um problema que pode ter altas prevalências como a Síndrome de Burnout, o estresse transtorno pós-traumático, entre outros (Anon, 2022).

Figura 3 – The covid-19 Health Care Workers Study (HEROES): Regional Report from the Americas (paho.org)



Estudo realizado em Pelotas – Rio Grande do Sul corrobora com as prevalências supracitadas: 15% com depressão moderada, 9% moderadamente grave e 4% grave e a prevalência de episódio depressivo maior de 15%, também foi observada a questão do dilema moral, no qual mais de um terço presenciaram comportamentos clínicos que consideravam corretos, atitudes entre colegas ou em relação a pacientes que estavam em desacordo com que consideravam corretos e mais de 10% sentiram pressionados a agir em desacordo com que consideravam correto ou em desacordo com regras contratuais ou foram pressionados por pacientes ou outros a agir em desacordo com o que consideravam corretos. Quando se observa metade da tevê enfrentou pelo menos um desses dilemas e ter enfrentado três ou mais desse dilema estava associado com um risco de duas vezes de episódio depressivo maior dobrava o risco (Flesch *et al.* 2022).

Também foi um risco maior para depressão ser enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ser residente, com risco quatro vezes maior que os médicos, ou seja, os residentes são de várias profissões e têm uma carga horária de trabalho elevada, além de terem exercido suas atividades em situações para as quais eles não se sentiam preparados durante a pandemia. Outro fator de risco foi enfrentar dilemas morais e ter que adiar necessidades fisiológicas. Já como fator de proteção foi mencionado ter espaço apropriado para descansar durante os intervalos, ter apoio social no trabalho e ter baixa demanda (Flesch *et al.*, 2022).

Transformação digital e a saúde mental

O outro desafio para a saúde mental é a transformação digital por dois motivos: 1. ter um número elevado de pessoas excluídas dessa transformação, o que representa um risco de que a transformação digital gere novas formas de exclusão e exacerba as existentes, inclusive com questões de gênero porque as mulheres têm uma participação menor no setor de tecnologia. Além disso, pela questão de acesso, na América Latina e Caribe, um em cada dois domicílios não têm acesso a internet e sete em cada

dez domicílios não têm acesso a computador. E quando se olha as diferenças por quintil social, se vê a diferença em domicílios chefiados por mulheres de acesso a computador e conexão internet no primeiro quintil, um em cada dez domicílios tem acesso a computador e conexão internet e no quinto quintil um em cada dois, ou seja, os domicílios mais pobres chefiados por mulheres têm muito menos acesso a computadores e conexão à internet (Huepe, 2023)¹.

E por outro lado, a Economia Gig é uma combinação de evolução tecnológica com o trabalho precário. Na Economia Gig estão os trabalhadores de transporte passageiros, entregadores – esses são os que veem primeiramente, mas existem outros como: treinadores de inteligência artificial – que trabalham de casa, em horários flexíveis com retorno financeiro baixíssimo e outros tipos como os operadores de drone e muitos outros que surgirão. Diante dessas novas modalidades de trabalho, há uma discussão sobre o vínculo empregatício, o horário flexível e como isso interfere em espaços reservados à vida pessoal. Esse horário flexível pode ter um horário orientado ao trabalhador, o que traz autonomia a ele, porém a organização da jornada em um horário orientado pelo empregador pode resultar em horário imprevisível (Datta *et al.*, 2023). Outra questão são as novas formas de controle do trabalhador por algoritmos, avaliação pelos clientes, remuneração por produtividade, teletrabalho, isolamento e os problemas éticos e legais já mencionados.

O outro desafio para saúde mental é a mudança climática e isso era algo que pensávamos que ocorreria daqui uns 20 anos, mas está ocorrendo, no Sul foram inúmeros ciclones nos últimos meses, o que é realmente assustador e o aquecimento global vai provocar o aumento da pobreza e doenças associadas à pobreza, surgirão novos problemas de saúde e altera a distribuição geográfica das doenças. Que impactos podemos prever para a saúde mental? Como exemplo: a enfermidade renal crônica de

1 <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48947-desigualdades-inclusion-laboral-futuro-trabajo-america-latina>.

origem não tradicional, que é uma epidemia na América Central por estresse térmico e trabalhos extenuantes, especialmente na agricultura, como no corte de cana e outros cultivos e no trabalho da construção civil. Na América do Sul há previsão que o aquecimento global vai levar a uma maior absorção de alguns produtos químicos, por exemplo no caso dos trabalhadores do tabaco em relação à nicotina ou em relação a pesticidas. Essas são questões necessárias para começar a discutir, antecipar e medir para entender.

E as respostas coletivas para os problemas de saúde mental no trabalho? Essa realmente é uma parte muito desafiadora, então as ações que podem ser implementadas para avançar em direção aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, sendo eles: 3 -que é o da saúde e o 9 – do trabalho decente, para avançar em direção ao “ambiente de trabalho seguro e saudável”.

Essas palavras-chaves foram incluídas recentemente na declaração da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Sobre princípios de direitos fundamentais do trabalho e elas foram incluídas, em 2022, junto ao direito à associação, a eliminação do trabalho escravo, da educação, do trabalho infantil, ou seja, junto a temas super relevantes, o que passa a ser um direito e isso torna obrigatório implementação independente de ratificação da convenção, embora seja recomendável que se ratifique, a Convenção nº 155 de Segurança Saúde dos Trabalhadores e da Convenção nº 187 – o quadro de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho.

Como avançamos para esses outros mandatos da Organização Mundial de Saúde sobre os trabalhadores, especificamente prevê com os programas prevenir doenças profissionais e inclui a aquelas relacionadas a riscos psicossociais que trata de ambientes de trabalhos saudáveis, de promoção da saúde e essa nova política que foi aprovada em 2022, que busca recuperar o progresso em direção aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável com a equidade por meio de medidas que abordam os determinantes sociais saúde e o trabalho intersetorial. Essa política parece combinar o enfoque sobre prevenção de acidentes e doenças relacionados ao trabalho com as condições de emprego.

Em termos das respostas coletivas, surgem duas perguntas para as quais é necessário refletir sobre: 1. O que significa a formalização do emprego nos dias atuais? Porque a posição do Supremo Tribunal Federal, mais uma vez reafirma negativamente o vínculo trabalhista entre motoristas e empresas de aplicativo e 2. Quais serão as novas formas de organização dos trabalhadores nessa nova configuração do mundo do trabalho? Porque com esse nível de informalidade, com esse isolamento das pessoas, isso irá demandar uma nova forma de organização dos trabalhadores.

O guideline *Mental health at work: policy brief* apresenta as estratégias para abordar a saúde mental no trabalho e se concentra em prevenir e reformular os ambientes de trabalho para minimizar os riscos psicossociais por meio da gestão dos riscos psicossociais através de intervenções organizacionais para proteger, promover e fortalecer a conscientização, habilidades e oportunidades para reconhecer e agir precocemente em questões relacionadas a saúde mental por meio do treinamento de gestores, trabalhadores e intervenções individuais e dar suporte para os trabalhadores em condições da saúde mental para acessar, continuar e prosperar no ambiente de trabalho fazendo ajustes para criar um ambiente facilitador para implementação de ações de prevenção, proteção e apoio aos trabalhadores através da liderança, investimentos direitos, integração, participação e evidências de conformidade (WHO, 2022).

Então, ao ler *guideline* supracitado ele discorre sobre os riscos psicossociais e menciona a pouca variabilidade no trabalho e subutilização de habilidades, as cargas de trabalho intensas, o ritmo do trabalho, as longas jornadas e jornadas não convencionais, a falta de controle sobre o desenho da tarefa. Para além do controle sobre o trabalho, é necessário enfatizar qual o tipo de controle exercido sobre o trabalhador, a questão de equipamentos e recursos inseguros ou más condições no ambiente, a questão dos objetivos organizacionais pouco claros, problemas de comunicação, o isolamento social, o suporte de contato dos supervisores e colegas, papel pouco claro dentro da organização e na equipe, a questão do desenvolvimento da carreira, promoção

inadequada ou excessiva, procedimentos positivos para ausência por doença, a interface entre trabalho em casa (demandas conflitantes), como a questão de estar longe de casa devido ao trabalho pode ser problema. Já as intervenções organizacionais a partir dessa identificação de riscos ele te guia mais detalhadamente e traz para cada tipo quais intervenções podem ser feitas. O que aparece repetidamente é fortalecer a participação dos trabalhadores valorizando seus conhecimentos (WHO, 2022). Então, assim, essa questão da participação é muito forte, mas temos esse problema de uma redução da organização dos trabalhadores, então como é que podemos fortalecer isso e que outras formas além das tradicionais podemos fomentar para realmente ter uma participação significativa dos trabalhadores em todos os tipos de intervenção e não só nas intervenções no ambiente do trabalho, mas também no desenvolvimento de políticas para o trabalhador e para os direitos no trabalho.

A outra intervenção é limitar a flexibilização das jornadas, as jornadas de trabalho vinham reduzindo e no final da década de 1980 e início de 1990, elas estacionaram e em alguns casos voltaram a subir. A jornada de trabalho é um indicador sintético de exposição, significa quanto o trabalhador está exposto ao trabalho em termos de números de horas e quanto ele está exposto ao conjunto de cargas de trabalho existentes. A questão do apoio social no trabalho é importante, a liderança democrática, a questão de realmente dar oportunidade para que os trabalhadores tenham o controle sobre o trabalho e só que nesse novo contexto. As intervenções devem ser aplicadas para essas novas formas de trabalho que estão surgindo e quais os tipos de intervenções podem ser feitas para um trabalho mais tradicional e para novas formas de trabalho. Além disso, aspectos relativos a condições de emprego, a proteção social universal e segurança econômica às populações são insuficientes. É fundamental criar a proteção social visto que ao afirmar que o trabalhador de aplicativo não tem vínculo empregatício, então como é que esse trabalhador vai ter proteção social? Esse é um gargalo importantíssimo para a cobertura universal de saúde.

No Brasil vemos que isso não é realidade, ainda há barreiras para acesso ao serviço social, especialmente a questão do acesso ao emprego de qualidade e é necessário pensar um pouco no que significa essa formalização e uma atenção à equidade, esse é um ponto fundamental. Temos muitas populações em situação de vulnerabilidade como apresentado, o contexto, a situação de empobrecimento dos trabalhadores, faz com que a questão da equidade esteja presente e a transição para uma economia verde e a transição digital tem que estar a serviço da resolução dos problemas da região. É necessário mais e melhores trabalhos, diversificação das economias e produção de maior valor agregado. E ainda é preciso de muita pesquisa sobre efetividade de intervenções, a questão da jornada de trabalho – visto que ela é um problema porque uma revisão sistemática sobre problemas cardiovasculares apontou que 55 horas/semanais pode causar adoecimento e se realizar outros recortes, certamente jornada de trabalho acima de 40 horas/semanais, já podem ter uma sobrecarga e isso torna importante avaliar o impacto disso no trabalho (Pega *et al.*, 2021).

Outra questão importante é a questão de gênero, a relação entre trabalho e saúde e gênero como uma variável de confusão, é preciso estudar como as mulheres se inserem no trabalho e como isso determina adoecimento, estabelecendo uma relação entre trabalho, gênero e os problemas de saúde. E a questão do trabalho precário, porque trabalho tem níveis de precariedade e diferentes dimensões, desde dos baixo salário, a insegurança no trabalho, ter ou não ter contrato, e essas questões elas podem ter diferentes impactos na saúde e diferentes impactos na saúde mental, então entender um pouco quais são as dimensões do trabalho precário e quais são os níveis de precariedade e como é que esses aspectos refletem na saúde e como é que esses aspectos se refletem na saúde mental é muito importante, e para isso evidentemente a questão da vigilância é fundamental.

REFERÊNCIAS

DATTA, N. *et al.* *Working without borders: the promise and peril of online gig work.* Washington, DC: Banco Mundial, 2023. (Licence: CC BY 3.0 IGO). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10986/40066>. Acesso em: 11 ago. 2025.

FLESCH, B. D. *et al.* Major depressive episode in hospital workers during the Covid-19 pandemic in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 56, p. 107, 2022. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004668>.

HUEPE, M. (org.). *Desigualdades, inclusión laboral y futuro del trabajo en América Latina.* Santiago: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), 2023. (LC/TS 2023/63).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Guidelines on mental health at work.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Operational framework for monitoring social determinants of health equity.* Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2024.

PEGA, F. *et al.* Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000-2016: a systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environment International*, v. 154, p. 106595, set. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106595>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34011457/>. Acesso em: 11 ago. 2025.

THE COVID-19 HEALTH CARE WORKERS STUDY (HEROES). *Regional report from the Americas.* Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55972>. Acesso em: 11 ago. 2025.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 3

PORTUGAL: experiências de redes de pesquisa em saúde e trabalho em Europa e América Latina

Elisabete Maria das Neves Borges

Introdução

O mundo do trabalho está intrinsecamente ligado aos grandes desafios sociais enfrentados globalmente. As mudanças nos ambientes de trabalho têm sido fortemente influenciadas pela produção de evidência científica, avanços tecnológicos e pelo envelhecimento da população trabalhadora. Embora os riscos profissionais sejam diversos e relacionados, os de natureza psicossocial têm recebido uma atenção crescente nos últimos anos, particularmente devido ao impacto da pandemia por covid-19. Inserido numa equipa multidisciplinar, o enfermeiro do trabalho, detém um corpo de conhecimentos próprio reconhecido (Ordem dos Enfermeiros, 2018). De acordo com o regulamento de competências (Ordem dos Enfermeiros, 2018), este profissional desempenha um papel fundamental na construção de ambientes profissionais saudáveis e seguros, valorizando a investigação como contributo para a visibilidade da enfermagem do trabalho. A investigação em rede multicêntrica internacional, permite a consolidação de sinergias, partilha de conhecimentos e recursos, impulsionando a inovação, a formação de novas parcerias, o aumento da visibilidade dos resultados produzidos e o seu impacto na comunidade científica e na sociedade. Pretende-se, no presente capítulo, partilhar experiências de rede de pesquisa em saúde no trabalho e enfermagem no trabalho, a partir de dois projetos multicéntricos internacionais (Borges, s.d.; Borges, 2021).

A literatura tem ressaltado a importância da saúde no trabalhador para um eficaz e produtivo funcionamento das organizações, para a segurança e saúde no trabalho, e para a qualidade de vida dos trabalhadores, das suas famílias e da sociedade (Loureiro *et al.*, 2023). Salientam-se, assim, as orientações de organizações internacionais que em muito têm contribuído para a importância da saúde do trabalhador, de que são exemplos: o Modelo de Ambientes de Trabalho Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OIT, 2020); a Agenda 2030, que apresenta os objetivos de desenvolvimento sustentável, dos quais salientamos o número 8 – Trabalho decente e crescimento económico (OIT, 2017) e o Quadro estratégico da União Europeia para a saúde e segurança no trabalho 2021-2027, saúde e segurança no trabalho num mundo em evolução, com três grandes objetivos transversais – Antecipar e gerir a mudança no novo mundo do trabalho, resultante das transições ecológica, digital e demográfica; Melhorar a prevenção de acidentes e doenças no local de trabalho e Aumentar o grau de preparação para eventuais crises sanitárias futuras (Comissão Europeia, 2021).

Objetivo

Partilhar a experiência de rede de pesquisa multicêntrica e internacional, em saúde do trabalhador, nomeadamente o Projeto Internacional de Saúde Ocupacional, dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha (INT-SO) (Borges, s.d.), e o Projeto Health Work International Project (HWOP) (Borges, 2021).

 **Projeto Internacional de Saúde Ocupacional, dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha – INT-SO**

A rede de investigação internacional multicêntrica surge do interesse e motivação de um grupo de investigadores das áreas

disciplinares da enfermagem e da psicologia, de três países – Portugal, Brasil e Espanha, pela história e cultura, pela língua, mas também pela proximidade geográfica.

Inicialmente, foram estabelecidos protocolos e cartas de parcerias entre as instituições envolvidas, integrando numa fase inicial, quatro: a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), em Portugal, a Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, da Universidad de Oviedo, em Espanha e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no Brasil, respetivamente, pelos investigadores Elisabete Borges (Coordenadora do projeto, ESEP) e Margarida Abreu (ESEP); Cristina Queirós (FPCEUP); Maria Pilar Mosteiro Díaz (Universidad de Oviedo); Vanda Felli e Patrícia Batista (USP). Na sua continuidade, o grupo foi alargando com o contributo de outros investigadores e estudantes, no âmbito dos seus percursos académicos de mestrado e doutoramento.

O Projeto INT-SO², integrou a unidade de acolhimento do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), orientado pelos seguintes objetivos: aprofundar o conhecimento sobre dimensões dos contextos laborais dos profissionais de enfermagem e a saúde dos trabalhadores; identificar a percepção dos profissionais de enfermagem sobre saúde ocupacional; realizar estudos comparativos entre Portugal, Brasil e Espanha, utilizando um conjunto de instrumentos comuns; validar instrumentos para o contexto de cada país; desenvolver um programa de intervenção no âmbito da prevenção do stress no trabalho e promover o intercâmbio de pesquisadores e alunos dos países envolvidos. Iniciado em 2014, com primeira reunião que se realizou online onde participaram todos os parceiros, decorreu até setembro de 2021.

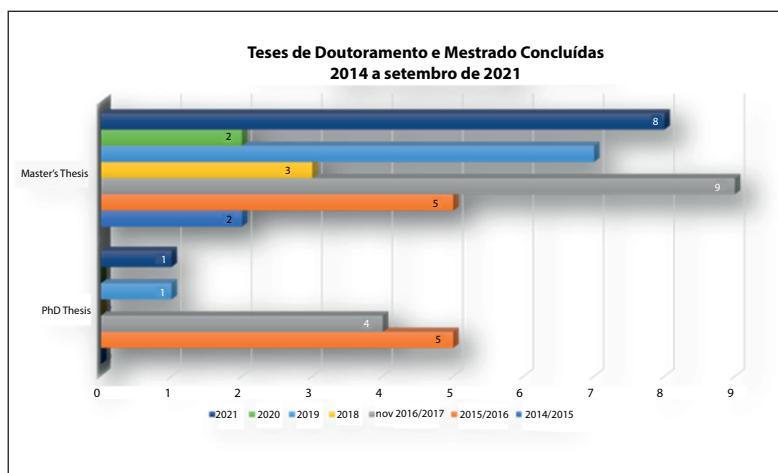
Este projeto integrou diferentes metodologias de investigação (natureza quantitativa, qualitativa e mista; descriptiva e correlacional; caráter transversal e longitudinal) indo ao encontro do objeto e contexto dos estudos. Das diferentes variáveis em análise, salienta-se: o stress, o burnout, o bullying, o presentismo, a satisfação no trabalho, o engagement, a ansiedade, a personalidade, a

resiliência e clima organizacional e o recurso a diferentes instrumentos de validados como a Stanford Presenteeism Scale – SPS-6 (Ferreira *et al.*, 2010), o Negative Acts Questionnaire-Revised (Borges; Ferreira, 2015) e a Shorted Happiness at Work Scale (Feitor *et al.*, 2023). Como população alvo, integram os estudos profissionais de enfermagem que foram selecionados por técnicas de amostragem e tipo de amostras, também de acordo com os objetivos e contextos onde os mesmos foram desenvolvidos.

Para o desenvolvimento das diferentes investigações foram cumpridos os requisitos formais de autorizações nas instituições, Comissões de Ética e o Consentimento Informado dos participantes, sendo que as recolhas de dados foram efetuadas, quer em papel, quer por via online.

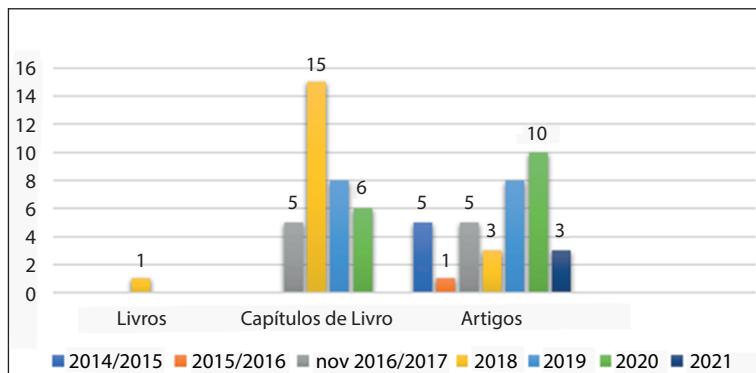
No Gráfico 1 apresentam-se os indicadores de produção relativos a Teses de Doutoramento e Mestrado concluídas entre 2014 e 2021.

Gráfico 1 – Teses de doutoramento e mestrado concluídas entre 2014 e 2021



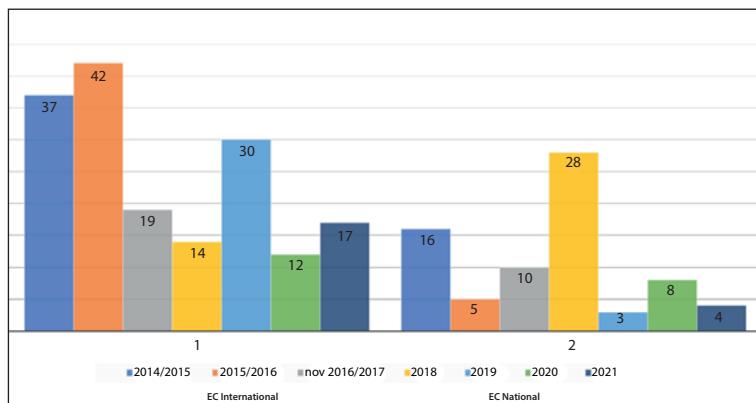
Os indicadores de produção associados a publicações, nomeadamente livros, capítulos de livros e artigos, são apresentados no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Publicações produzidas pelo Projeto INT-SO de 2014 a setembro de 2021



No âmbito da participação em eventos internacionais e nacionais, durante este período, foram contabilizadas um total de 171 participações em eventos internacionais e 74 em eventos nacionais (Gráfico 3).

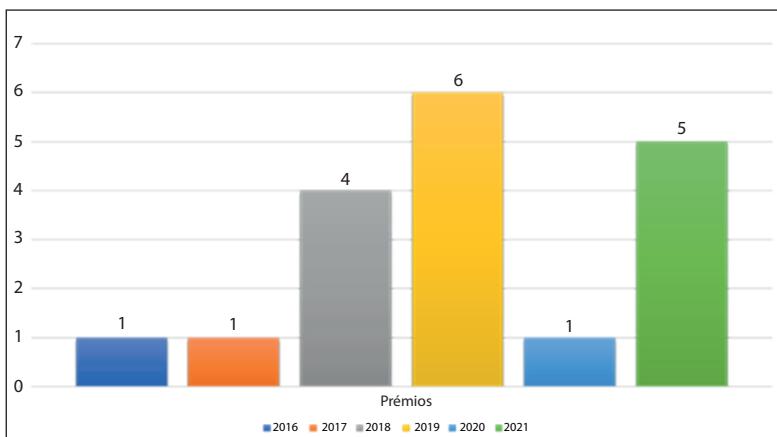
Gráfico 3 – Comunicações em eventos científicos internacionais e nacionais apresentadas por membros do Projeto INT-SO de 2014 a setembro de 2021



Relativamente ao reconhecimento do trabalho desenvolvido obtiveram-se 18 prémios, em eventos científicos nacionais e internacionais (Gráfico 4). Destes, salienta-se o atribuído pelo

Conselho Federal de Enfermagem e o Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem da Escola de Ribeirão Preto – USP pela iniciativa “Campanha – A Atenção Primária à Saúde Como Bom Lugar para Trabalhar” reconhecida como exitosa e passar a compor o conjunto de iniciativas Nursing Now Brasil (25 fevereiro de 2021).

Gráfico 4 – Prémios obtidos em comunicações em eventos científicos pelo projeto INT-SO



Destaca-se, também, a publicação do Livro de Enfermagem do Trabalho: Formação, Investigação e Estratégias de Intervenção (Borges, 2018), que representa o primeiro na área, a ser publicado em Portugal. Este livro envolveu a colaboração de investigadores e colaboradores do INT-SO, dos três países. Além disso, em 2018, realizou-se, na ESEP, o Seminário Internacional Enfermagem do Trabalho: Contributos para a Saúde Ocupacional, o qual reuniu 118 participantes.

Também foram submetidas candidaturas para apoio ao projeto a diferentes organismos, nomeadamente em Portugal à Fundação para a Ciência e Tecnologia em 2015 e 2018, embora não tenha sido obtido financiamento. Foram também apresentadas candidaturas à Fundação de Amparo; à Pesquisa do estado de São Paulo, resultando na obtenção de financiamento em 2018 e 2019.

Além disso, a ESEP apoiou a tradução e publicação de artigos científicos relacionados ao projeto.

A mobilidade, em diferentes programas (ex: Erasmus) entre os países, dos membros do projeto, participando em reuniões e eventos científicos, visitas técnicas, e provas públicas de mestrado e doutoramento, consolidou conhecimentos científicos, partilha de experiências culturais e contribuiu para a visibilidade tanto na comunidade académica, quanto na prática clínica do trabalho desenvolvido.

Alguns testemunhos de membros estudantes de mestrado que integraram o projeto: “é da prática que retiramos a motivação para investigarmos, e a partir da investigação temos de tornar as nossas práticas e os nossos ambientes de trabalho melhores, e essa é a grande missão que eu retiro e retirei do projeto INT-SO, e espero continuar a partilhar experiências interculturais e aço-rianas com os meus colegas” (Sofia Feitor) e, “A mobilidade acadêmica integrada ao projeto INT-SO emergiu na minha trajetória como uma oportunidade ímpar de qualificação das práticas assistenciais, gerenciais, de ensino e também de pesquisa. Poder participar do projeto proporcionou um amadurecimento teórico, metodológico e, principalmente, prático no campo da saúde do trabalhador, especialmente na temática do assédio moral do trabalho, a qual eu venho investigando. Certamente, essa foi uma experiência única e transformadora que contribuiu muito para a minha evolução pessoal, intelectual e profissional. Eu sou muito grata pela oportunidade. Muito obrigada” (Maiara Schoeninger).

Embora concluído em setembro de 2021, o Projeto INT-SO desempenhou um papel fundamental como catalisador de excelência para o alargamento da rede, através da integração de novos pesquisadores e parcerias.



**Health Work International Project –
HWOPi**

Com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem do Trabalho e Saúde do Trabalhador, a promoção da

saúde e prevenção da doença no local de trabalho e a disseminação de conhecimentos de caráter científico, o projeto Health Work International Project (HWOPI) (Borges, 2021) teve o seu início em setembro de 2021, com os membros investigadores e colaboradores do projeto INT-SO (da docência e da prática clínica), aos quais se associaram novos investigadores provenientes de, entre outras, da Cooperativa de Ensino Superior Politécnico (CESPU, Portugal) e da Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil.

Integrado na unidade de acolhimento do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde e Rede de Investigação em Saúde (CINTESIS@RISE), o Projeto HWOPI tem como objetivos: dar continuidade ao projeto INT-SO; aprofundar o conhecimento sobre dimensões dos contextos de trabalho e da saúde dos trabalhadores; identificar e propor estratégias de saúde no trabalho que possam concretizar-se em propostas de programas de intervenção; contribuir para adoção de padrões profissionais e formativos promovendo a continuidade e consistência da prática da enfermagem do trabalho; contribuir para o empoderamento dos enfermeiros do trabalho e de locais de trabalhos saudáveis e seguros; desenvolver tecnologias que melhorem e apoiem a aprendizagem de estudantes de licenciatura e de pós-graduação na área da saúde no trabalho; desenvolver tecnologias que melhorem e apoiem a área da saúde no trabalho; desenvolver estudos comparativos em diferentes contextos de trabalho e de países e, promover o intercâmbio de pesquisadores e estudantes dos países envolvidos.

Na continuidade, desenvolvem-se estudos com diferentes metodologias (tipo de estudo, métodos de amostragem e amostras; variáveis, instrumentos...). De salientar que este projeto alargou o seu objeto de estudo a diferentes riscos profissionais e a populações que não apenas os profissionais de enfermagem. Os dados recolhidos são analisados por via de análise estatística com recurso ao software estatístico IBM® SPSS® (*Statistical Package for the Social Sciences*) e os dados qualitativos com o apoio de software como o NVIVO.

Desde setembro de 2021 já foram obtidos 18 prémios decorrentes de trabalhos apresentados em eventos científicos nacionais e internacionais, em comunicações orais ou em poster. Salienta-se.

neste projeto. A realização dos “Cafés Científicos” que têm como objetivo promover a partilha de conhecimento e experiências entre investigadores, estudantes dos diferentes níveis académicos (mestrado e doutoramento). Até ao momento foram realizados um total de 10 encontros.

Destaca-se, ainda, o lançamento da 2^a edição, atualizada e aumentada, do livro de Enfermagem do Trabalho (Borges, 2018), o qual contou de igual modo, com o contributo de membros investigadores e colaboradores do projeto e a primeira edição do Programa Formativo: Estratégias promotoras de Saúde no Trabalho, promovido pela aliança Platform for Global Health, apoiado pelo PRR – Plano de Recuperação e Resiliência e pelos Fundos Europeus NextGeneration EU, um Curso MOOC (Curso Online Aberto e Massivo), gratuito, com a duração de 35 horas, no idioma de português, a ser realizado ao ritmo do estudante e que decorrerá até 19 de dezembro de 2024.

Considerações finais

Os projetos em rede, multicêntricos e internacionais, representam uma oportunidade única para valorizar a pesquisa na saúde do trabalho e, muito em particular, na enfermagem do trabalho. Eles exigem um esforço significativo e a superação de constantes desafios, mas são fundamentais para ampliar o conhecimento e promover avanços na área. Além disso, robustece a colaboração entre profissionais de diferentes países, enriquecendo não apenas o desenvolvimento do trabalho, mas também as relações interpessoais e a troca de experiências. Como coordenadora do projeto, expresso a minha gratidão a todos os colegas pelo trabalho excepcional que têm realizado e que tem impactado positivamente na investigação produzida.

REFERÊNCIAS

BORGES, E. (coord.). *Enfermagem do trabalho*. 2. ed. atualizada e aumentada. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2023. ISBN 9789897528835.

BORGES, E. (coord.). *Enfermagem do trabalho: formação, investigação, estratégias de intervenção*. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas, 2018. ISBN 9789897523427.

BORGES, E. (investigadora responsável). *Projeto INT-SO – Internacional de Saúde Ocupacional, dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem: um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha – 2014-2021*. s.d. Disponível em: <https://i-d.esenf.pt/int-so/>.

BORGES, E.; FERREIRA, T. Bullying no trabalho: Adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em enfermeiros. *Rev. Port. Enferm. Saúde Mental*, n. 13, p. 25-33, 2015.

BORGES E. (investigadora responsável). *Projeto Health Work International Project*. 2021 [citado 2024 mai 4]. Disponível em: <https://i-d.esenf.pt/hwopi/>. Acesso em: 4 maio 2024.

COMISSÃO EUROPEIA. *Quadro estratégico da UE para a saúde e segurança no trabalho 2021-2027*. Saúde e segurança no trabalho num mundo do trabalho em evolução. 2021. Disponível em: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0323&from=EN>. Acesso em: 4 maio 2024.

FEITOR, S.; MARTINS, T.; BORGES, E. Shorted Happiness at Work Scale: Psychometric Properties of the Portuguese Version in a Sample of Nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, v. 20, p. 658, 2023. DOI: 10.3390/ijerph20010658.

FERREIRA, A. I.; MARTINEZ, L. F.; SOUSA, L. M.; CUNHA, J. V. Validation into Portuguese language of presenteeism scales WLQ-8 and SPS-6. *Aval. Psicol.*, v. 9, n. 2, p. 253-266, 2010.

LOUREIRO, S. A. R.; LOUREIRO, H. M. A. M.; TRINDADE, L. L.; BORGES, E. M. N. Preditores da felicidade no trabalho e interação familiar em enfermeiros. *J. Nurs. Health*, v. 13, n. 3, e13324857, 2023. DOI: 10.15210/jonah.v13i3.24857.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Ambientes de trabalho seguros e saudáveis livres de violência e de assédio*. Genebra, 2020.

OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Decent work and the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Geneva, 2017. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_436923.pdf. Acesso em: 4 maio 2024.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento nº 76/2018 – Regulamento da Competência Acrescida em Gestão. *Diário da República*, v. 18, n. 21, 30 jan. 2018.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 4

MUNDO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO, SUBJETIVIDADE E AÇÃO POLÍTICA

Maelison Silva Neves

Introdução

Este ensaio tem como objetivo debater o atual agravamento de queixas de sofrimento psíquico e adoecimento mental relacionados ao trabalho, afirmando que eles são expressão da configuração da sociabilidade capitalista, no contexto de atualização das antigas relações de precarização da vida inauguradas por esse modo de produção da vida social. Apesar de não se propor uma análise exaustiva das mediações relacionadas à determinação social do adoecimento psíquico, enfatiza os elementos do trabalho alienado e seus efeitos adoecedores, ao mesmo tempo que se destaca a importância salutar da organização coletiva e ação política em prol de modos de viver potentes, criativos, investigantes. Finaliza refletindo sobre as potências do encontro entre trabalhadoras(es) da ciência, do SUS e das organizações sindicais e movimentos sociais na busca para compreender-transformar o mundo do trabalho, projetando sonhos de emancipação humana.

É bastante desafiador tratar das conexões entre o mundo do trabalho contemporâneo, subjetividade e ação política, pois tais palavras se referem a temáticas tão antigas quanto atuais. Pois vejamos: a expressão “trabalho contemporâneo” pode enganar, já que muitas vezes é utilizada como oposição a uma forma de trabalho e de vida considerados obsoletos. Assim, ela costuma denotar o anúncio, muitas vezes com deslumbramento, das novas

formas de trabalhar, viver e lutar, cujos mistérios a ciência crítica e as organizações das(os) trabalhadoras(es) são convocados a decifrar, sob risco de serem devorados por esta nova esfinge.

Diferentemente das dicotomias que tentam esquematizar e fragmentar a história do trabalho, defende-se que a contemporaneidade do trabalho carrega ainda consigo a essência do que é tido como obsoleto, algo muito velho, do século XIX: a exploração capitalista da força de trabalho e seus processos alienantes. Para compreender tal contradição é necessário olhar pelas lentes da dialética marxista, fincada na historicidade do viver.

Por outro lado, seguindo em uma análise histórico-dialética, constata-se que a aparência da sociabilidade contemporânea não tem muitas semelhanças com o mundo do trabalho do século XIX, quando se dava os primeiros passos da revolução industrial. Por isso, para analisar a complexidade do trabalho contemporâneo, seus efeitos de subjetivação e a ação política transformadora, não se pode cair nem no deslumbramento antimáxista com as novidades do tempo presente, como se não tivessem raízes históricas bem definidas que permitem sua compreensão, nem enxergar a atualidade como reprodução mecânica do passado, apreensível por fórmulas e esquemas teóricos produzidos a partir da sociedade do século XIX e XX. Nesse terreno pantanoso, é fundamental apreender a continuidade na descontinuidade.

Nesse sentido, o trabalho contemporâneo e a sociabilidade por ele forjada são uma atualização das relações sociais inauguradas pelas revoluções burguesas (Hobsbawm, 2020) e expressam o movimento contraditório do capitalismo que sobrevive até nossos dias justamente por sua capacidade tudo mudar para permanecer igual.

Uma das novidades mais citadas pelos deslumbrados do tempo presente, como se a sociedade industrial fosse coisa do passado, é o fato de a maioria da classe trabalhadora não ser mais os operários das fábricas. A partir da reestruturação produtiva do capital e seus efeitos na organização social, o trabalho ganhou novas morfologias, novas aparências (Mészáros, 2011), como por exemplo, a expansão do setor de comércio e serviços; a inserção

da subjetividade, a substituição dos rígidos esquemas tayloristas de controle do trabalho pelas flexibilizações toyotistas, para falar em termos bastante genéricos.

Por outro lado, não se pode ignorar que os operários ainda possuem papel fundamental no processo de desenvolvimento capitalista contemporâneo, posto que a industrialização ainda é a base material a partir da qual essa formação social se reproduz e complexifica, incluindo suas expressões mais abstratas no mundo dos serviços e da indústria cultural. Além disso, a totalidade do processo de produção e reprodução social capitalista, apesar de tantas inovações em sua forma histórica contemporânea, carrega consigo a essência das antigas relações de precarização da vida amadurecidas, como já dito, no século XIX (Mészáros, 2011; Antunes, 2009).

Aliás, o quinto evento do Método “Materialismo Histórico e Dialético e Psicologia Histórico-Cultural”, organizado por pesquisadoras(es) da Universidade Estadual de Maringá (Hobsbawm, 2020) em 2023, na cidade de Maringá – PR, utilizou uma metáfora bastante interessante para seu tema: “novos tecidos com fios velhos”. É justamente assim que se pode pensar o mundo do trabalho contemporâneo: as novas formas de trabalhar e viver se apresentam como inéditas na história humana, mas carregam ainda os elementos de sua gênese, a saber, a expropriação, a exploração, a colonização, o imperialismo, o racismo, o patriarcado.

Diante disso, pretende-se defender a seguinte ideia: o atual agravamento de queixas de sofrimento psíquico e adoecimento mental relacionados ao trabalho são expressão da configuração da sociabilidade capitalista, cujos novos e velhos desafios à saúde da/do trabalhador(a) se produzem em um contexto de atualização/manutenção das antigas relações de precarização da vida inauguradas pelo predomínio da exploração-opressão e expropriações (Pinheiro, 2022; Fontes, 2012).

Para aprofundar tais afirmações, descreve-se alguns elementos do trabalho alienado e seus efeitos adoecedores, ao mesmo tempo que se destaca a importância salutar da organização coletiva e ação política em prol de modos de viver potentes,

criativos, instigantes: o reino da liberdade vislumbrado por Karl Marx (2017). Não se propõe uma análise exaustiva fatores relacionados ao adoecimento psíquico no trabalho, algo que foge do escopo deste ensaio, mas uma reflexão sobre os lineamentos histórico-sociais que permitem compreender a determinação social de tais fatores e o consequente aumento dos transtornos mentais e sofrimento psíquico relacionados ao trabalho.

Trabalho alienado e adoecimento psíquico na contemporaneidade

Desde a revolução industrial, a cada reestruturação produtiva criam-se estratégias de exploração da força de trabalho que produzem novos riscos ocupacionais, o mesmo tempo que não se extinguem os riscos tradicionais do processo de trabalho capitalista. Assim, as novíssimas formas de trabalhar se dão em condições arcaicas de precarização, como é o caso do trabalho escravo, a jornada exaustiva (incluindo a escala 6x1), a formalização da existência de trabalhadores sem contrato formal e sem direitos trabalhistas, entregadores de aplicativo etc. No que diz respeito à saúde mental, as consequências são dramáticas: aumento dos afastamentos do trabalho causados por transtornos mentais e elevação das taxas de suicídio (Conselho Nacional de Saúde, 2023; Vieira *et al.*, 2023; Corsi *et al.*, 2020; Palma, 2023).

No contexto dos países dependentes (colonizados outrora e aos quais se impõe um eterno “sub-desenvolvimento”) (Mészáros, 2011) tais condições se tornam mais dramáticas, pois desde a invasão das Américas e comércio escravagista na África, esses povos convivem com as velhas estratégias de expropriação, violência de gênero e racismo colonial. Assim, no dito “terceiro mundo”, multinacionais se aliam com a burguesia local para explorar até o esgotamento dos recursos naturais (terra, minerais, vegetação, água, ar etc.) em um processo produtivo degradante dos seres humanos e da natureza. Além disso, afetam a possibilidade de reprodução de outros modos de vida que se recusam a

submeter-se a essa lógica, como é o caso dos povos indígenas, comunidades quilombolas e outras populações tradicionais.

Os efeitos de tais condições na saúde mental de trabalhadoras(es) têm sido descritas na literatura epidemiológica (Bandini *et al.*, 2023; Neves *et al.*, 2020; Silva-Junior, 2015; Sousa; Araújo, 2024, com ênfase nos estudos que identificam a interseccionalidade de gênero, raça e classe na caracterização dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (Lukács, 2013). Aliás, basta uma conversa com movimento sociais, sindicatos e profissionais da assistência à saúde e assistência social para confirmar o mal-estar generalizado e suas relações com os processos de trabalho alienado.

Tais fontes de informação – científica e do cotidiano – são fundamentais para desfazer a ideologia capitalista de individualização desses problemas e sua redução ao nível biopsíquico. Ao contrário de tal perspectiva, a cada dia ficam mais aparentes as raízes desses quadros de dor e sofrimento: a própria forma de sociabilidade iníqua do capital, racista, machista, colonizadora, eurocentrada e pautada na exploração e expropriação.

Uma das iniciativas mais promissoras para busca de respostas para as questões sobre as quais nos debruçamos aqui é o Observatório Nacional de Saúde Mental e Trabalho (Antunes, 2009), um coletivo que se organizou por meio de iniciativa de pesquisadoras(es), sindicalistas e trabalhadoras(es) da saúde do trabalhador no âmbito do SUS visando multiplicar esforços para compreender e agir sobre a temática de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho no Brasil. Na conferência inaugural do primeiro encontro do Observatório, ocorrido em dezembro de 2023, em Curitiba – PR, foi feita uma pergunta desconcertante, mas da qual não se pode fugir: como podemos afirmar que o trabalho produz saúde mental se quando nos reunimos para tratar do tema nos pomos a discutir sobre estressores e fatores de adoecimento? (Pinheiro, 2022).

Para resolver esse enigma, é importante relembrar a distinção marxiana entre o trabalho ontológico – a atividade fundante do ser social – e a manifestação concreta do trabalho com o

advento da propriedade privada e as formas históricas de alienação nela inauguradas (Netto; Braz, 2012; Araújo, 2023). Assim, até mesmo as práxis mais refinadas e sensíveis, como as práticas de cuidado, estão relacionadas ao traço original de humanização (Souza, 2016), que somente foi possível a partir do fundamento do trabalho (Marx, 2013).

Note-se que a categoria trabalho, em sua dimensão ontológica, não se refere ao exercício de atividade ocupacional, seja ela formal ou informal. Estamos falando de trabalho como a atividade que nos humaniza: a capacidade individual e coletiva que os seres humanos possuem de apreenderem suas necessidades e construírem inovações para satisfazê-las, de maneira coordenada e ativa, transformando a natureza, outros seres humanos e a si mesmo (Lessa, 1999). Nesse segundo caso, pela matriz do trabalho, cria-se o mundo puramente humano (Netto; Braz, 2012), cujas atividades socialmente mediadas (práxis sociais) tem a potência de produzir uma vida carregada de valores em constante negociação, os ideais de felicidade, de bem viver.

Por outro lado, quando se trata do trabalho adoecedor, fala-se exatamente do sequestro da dimensão ontológica, construtiva e inovadora, em prol da reprodução das condições de acumulação capitalista, satisfação de interesses particulares, em detrimento do próprio sujeito trabalhador, principalmente negros, mulheres e comunidades tradicionais. Tal subversão do trabalho, possibilitada historicamente pelo advento da propriedade privada, ocorre na medida em que a ação humana capaz de empreender projetos emancipatórios de sociedade que se aproximariam cada vez mais dos sonhos de felicidade, passa a produzir o seu inverso: a desumanização do outro, de si mesmo e uma ruptura da relação harmônica com a natureza (Marx, 2010; Almeida *et al.*, 2019).

Dessa forma, sob o império da acumulação de capital mediante degradação da natureza e do trabalho humano, incluindo as formas atuais de racismo ambiental, sexism, entre outros modos de desumanização, a atividade humana que permite o desenvolvimento de capacidades e personalidades cada vez mais refinadas e complexas (Araújo, 2023), torna-se mera execução de uma tarefa vista com estranheza, com desgosto, com impotência.

Compreender essa contradição é fundamental, porque, apesar disso, não estamos em uma camisa de força. Mesmo nas condições de exploração e de dominação, os trabalhadores conseguem encontrar saídas, encontrar suas estratégias de resistência, de enfrentamento, e esse é o ponto que nós podemos focalizar, porque as mazelas nós já conhecemos bem. Assim, precisamos perceber que sindicatos, comunidades quilombolas, povos indígenas e outras formas de organização social resistentes ao capitalismo nos dão lições de enfrentamentos que abrem possibilidades de superação da desumanizaçãoposta e orientam o exercício criativo de organização coletiva.

Já conhecemos bem a situação da classe trabalhadora nos contextos urbano-industriais. Contudo, ainda precisamos avançar no conhecimento sobre os contextos do campo, da floresta e das águas, que também são contextos de trabalho. Em caráter ilustrativo, vale citar a pesquisa realizada por pesquisadoras(es) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que resultou em um boletim epidemiológico que evidencia a alta taxa de suicídio entre trabalhadores agrícolas, muito mais do que entre trabalhadores da indústria. Inclusive, quando se compara mulheres e homens, ambos trabalhadores agrícolas e homens, as diferenças entre taxas de suicídio são muito menores, quando se considera diferenças de gênero em outras ocupações (Neves, 2021).

Isso significa que a trabalhadora agrícola também sofre esse processo de degradação da vida que leva ela ao risco de suicídio – tentativa ou óbito por suicídio –, mostrando que não se pode naturalizar nem universalizar as diferenças de gênero em relação à temática, sendo necessário compreender as diferenças de gênero no bojo das relações sociais em que são historicamente forjadas.

Por exemplo, a desumanização da(o) trabalhador(a) rural é intensificada no processo produtivo do agronegócio, caracterizado pela monocultura agroexportadora e altamente mecanizada e automatizada, pela concentração de terras que resulta na expulsão de campesinos, indígenas e quilombolas, pela contaminação do ambiente e das pessoas por agrotóxicos e metais pesados, processos degradantes de trabalho, entre outros.

Em síntese: na raiz dos problemas de saúde mental de trabalhadores do campo tem-se a violenta expropriação e apropriação privada dos recursos naturais e coletivização dos danos, riscos e desastres decorrentes. Assim, a riqueza pública socialmente produzida pelas(os) trabalhadoras(es) e os bens naturais são apropriados pelas grandes corporações multinacionais, aos mesmo tempo que os danos ambientais são socializados entre todas as pessoas direta ou indiretamente, por exemplo, pelo ar contaminado, pela água contaminada, pelos alimentos contaminados, pelos acidentes de trabalho, pelo desgaste biopsíquico (Laurell; Noriega, 1989; Palma *et al.*, 2020).

Nos debates sobre saúde mental e trabalho, o olhar se fixa muito no âmbito urbano e das relações sociais burguesas. Porém, existe um outro modo de trabalho que não é capitalista: trata-se dos modos de vida dos povos indígenas, dos quilombolas e outras comunidades tradicionais. Esses modos de sociabilidade têm uma outra dinâmica, um outro sócio metabolismo com a natureza da qual não se desvincilham a estruturação social nem os sujeitos individuais. Mas tais modos de vida não capitalista estão sendo ameaçado pelo modo de produção capitalista da agropecuária, mineração e outras formas de agronegócio, colocando em risco a existência física e simbólica desses povos. Novamente, trazendo a dramaticidade da morte voluntária: pesquisas sobre a distribuição espaço-temporal do suicídio no Brasil, permitem identificar um verdadeiro genocídio contra os povos os Guarani Kaiowá, do Mato Grosso do Sul, os povos amazônicos, do Tocantins e do Pará (Marx, 2011). Parece forte falar em genocídio, mas é assim que se deve qualificar esses dados: na aparência, são óbitos por suicídio, mas até que ponto a categoria suicídio é suficiente para compreender essas terríveis mazelas?

No caso de trabalhadores urbanos, um grande desafio é a captura da subjetividade em prol da preservação da hegemonia do capital: os próprios trabalhadores, pela ideologia do empreendedorismo e da empregabilidade, vão esgarçando a ideia do bem comum, vão produzindo rupturas nos valores sociais de coletividade e de solidariedade que sustentam o que nós podemos

entender como um espaço de trabalho saudável. Quando o outro não é mais um companheiro, mas é um competidor, a gente vai criando esses vazios entre nós que são preenchidos pela depressão e pelo sofrimento psíquico.

Nesse sentido, então, é muito importante compreender que na raiz do que se descreve como evidências da intensificação do sofrimento psíquico no mundo do trabalho contemporâneo, há uma sociabilidade extremamente iníqua. E essas iniquidades vão se expressar nas relações laborais injustas, violentas e adoecedoras, intensificadas pela miséria gerado pela restrição do acesso à riqueza socialmente produzida pela classe trabalhadora. E o pior, o cenário contemporâneo do capitalismo mostra que não há uma tendência, seja dos estados nacionais, seja das grandes corporações, em renunciar à reprodução dessas iniquidades, posto que são inerentes à acumulação e concentração capitalista.

Aqui chegamos nos limites das instâncias de negociação tripartites: apesar de sua importância, elas não são suficientes para gerar as transformações sociais amplas e necessárias ao bem-viver. Por outro lado, para finalizar, não de pretende aqui assumir papel de o porta-voz da desgraça, por mais importante que seja conhecer os problemas a serem enfrentados. Nesse contexto desolador, as(os) trabalhadoras(es) podem manter a esperança, pois a história é sempre aberta, não existe um mecanicismo, não existe um destino predeterminado e fatalista. Se a história é aberta, ela pode ir para a barbárie, mas ela pode ir para um processo civilizatório, revolucionário, como queiram interpretar. Lembremos do que Marx ensinou: os seres humanos constroem sua própria história ou o seu próprio futuro, apesar de não poderem escolher as circunstâncias (Marx, 2011). Dito isso, tratemos da utopia.

Ação política transformadora: a utopia que nos alenta

A problemática apresentada até aqui exige uma articulação entre pesquisadoras(es), profissionais de saúde, sindicatos, movimentos sociais e demais instâncias do controle social, na busca por conhecer essas complexas determinações dos processos do

presente e lutar por transformação, sob inspiração das insígnias já tão tradicionais e conhecidas por nós.

O movimento sindical ensinou que a saúde não se delega, não se vende: se defende; o Movimento das/dos Trabalhado-ras/es Sem-Terra (MST) ensina que a saúde é a capacidade de lutar contra tudo que nos oprime; os indígenas nos ensinam que eles não são guardiões interesseiros da floresta, eles são a própria floresta; por sua vez, as clínicas do trabalho reivindicam um espaço horizontal de diálogos sobre o trabalho que permita conhecer para transformá-lo em processos potencializadores da saúde humana. Todos esses modos de ver e agir sobre o mundo encarnam o espírito do encontro das lutas por direitos e pelo bem viver. Assim, há muita potencialidade em congregar pesquisado-ras(es) universitários, pesquisadoras(es) dos movimentos sociais e pesquisadoras (es) dos serviços de saúde. A todas interessa conhecer o real em todas as suas contradições, multiplicidades, complexidades. Conhecer a realidade concreta e complexa que determina os quadros de adoecimento mental de trabalhadores no mundo contemporâneo é fundamental para transformação dessa situação. Mas, para alcançar esse conhecimento, é preciso somar as diferenças, as expertises, as habilidades múltiplas e os sonhos de emancipação.

Dessa forma, poderemos conhecer e compreender nossos desafios, onde devemos atuar, as alianças que precisamos fazer e as iniquidades que precisamos combater. Foi assim que lutaram as(os) pioneiras(os) da saúde do trabalhador, foi assim que pudemos inaugurar um campo de produção de conhecimento que não renunciou ao rigor científico e desvelou as armadilhas da suposta neutralidade para reconhecer que só se apreende o real do trabalho e sua relação com a saúde pesquisando junto com as/os trabalhadores e comunidades. Essa é potência de um feliz encontro de trabalhadoras(es) na luta por saúde mental, no qual podem compartilhar saberes e planejar a ação de transformação social, expressa no lema “a gente não quer só comida, a gente quer comida, diversão e arte”: queremos nossa plena humanização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. C. et al. Ocupação e suicídio no Brasil, 2007-2015. *Boletim Epidemiológico*. Salvador: Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGSAT-MS), 2019. Disponível em: http://www.ccvisat.ufba.br/wp-content/uploads/2019/08/SUICIDIO_BOLETIM_CCVISA-TfinalFINAL.pdf

ANTUNES, R. *Sentidos do Trabalho: Ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARAÚJO, T. M. Observatório Nacional em Saúde Mental e Trabalho – ponto de partida e perspectivas. In: ENCONTRO DO OBSERVATÓRIO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E TRABALHO, 6 dez. 2023. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=kuwqEGzzRMo>.

BANDINI, M.; LUCCA, S.; LAURIANO, A. (compiladores). *Desse jeito não dá mais: trabalho doente e sofrimento mental*. São Paulo: Hucitec, 2023. 276 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Sofrimento psíquico no ambiente de trabalho: pesquisadoras apontam situação epidêmica na Saúde Mental no Brasil*. 11 maio 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/3001-sofrimento-psiquico-no-ambiente-de-trabalho-pesquisadoras-apontam-situacao-epidemica-na-saude-mental-no-brasil>.

CORSI, C. A. C.; LUIZ, L. A. V.; CINTRA, Á. S.; PITTA, N. C.; PASCHOAL, A. C. S.; QUEIROZ, T. S.; FLÓRIA-SANTOS, M. Vigilância em saúde do trabalhador: o suicídio relacionado ao trabalho. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, v. 16, n. 4, p. 133-143, 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976. smad.2020.172196.

FONTES, V. *O Brasil e o capital-imperialismo: Teoria e história.* Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2012.

HOBSBAWM, E. J. *A era das revoluções: 1789-1848.* 45. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2020.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. S. *Processo de produção e saúde:* trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LESSA, S. Produção/reprodução social, trabalho e sociabilidade. In: CAPACITAÇÃO em Serviço Social e política social: módulo 2: Reprodução social, trabalho e serviço social. Brasília: CEAD, 1999.

LUKÁCS, G. *Para uma ontologia do ser social.* v. 2. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K. *Manuscritos econômico-filosóficos.* 4. reimpr. São Paulo: Boitempo, 2010.

MARX, K. O 18 de brumário de Luís Bonaparte. São Paulo: Boitempo, 2011. (Coleção Marx-Engels).

MARX, K. O capital – crítica da economia política. *O processo de produção do capital.* 1. reimpr. São Paulo: Boitempo, 2013. v. 1.

MARX, K. *O capital – crítica da economia política. O processo global da produção capitalista.* São Paulo: Boitempo, 2017. v. 3.

MÉSZÁROS, I. *Para além do capital.* São Paulo: Boitempo, 2011.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. Trabalho, sociedade e valor. In: NETTO, J. P.; BRAZ, M. (org.). *Economia política: uma introdução crítica.* 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NEVES, M. S. *Determinação social das tentativas de suicídio em regiões produtivas do agronegócio em Mato Grosso – Brasil.* 2021. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Mato Grosso, 2021.

NEVES, M. S.; PIGNATTI, W. A.; PIGNATTI, M. G.; MONTANARI CORRÊA, M. L. Determinação social do processo saúde-adoecimento mental de trabalhadores rurais no Brasil. *Aceno*, v. 7, n. 14, p. 231-248, 2020.

PALMA, D. C. A.; SANTOS, E. S.; IGNOTTI, E. Análise dos padrões espaciais e caracterização dos suicídios no Brasil entre 1990 e 2015. *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 1-13, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00092819.

PALMA, T. F.; TEIXEIRA, J. R. B.; BANDINI, M. C. D.; LUCCA, S. R.; ARAÚJO, T. M. Quando a saída é a própria morte: suicídio entre trabalhadores e trabalhadoras no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.*, out. 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/quando-a-saida-e-a-propria-morte-suicidio-entre-trabalhadores-e-trabalhadoras-no-brasil/18937?id=18937>.

PINHEIRO, P. W. M. *Entre os rios que tudo arrastam e as margens que os oprimem: as determinações ontológicas da unidade exploração-opressão.* 2022. 408 f. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SILVA-JUNIOR, J. S.; FISCHER, F. M. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicosociais ocupacionais. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 18, n. 4, p. 735-744, out. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500040005>.

SOUSA, C. C.; ARAÚJO, T. M. Efeitos combinados de gênero, raça e estressores ocupacionais na saúde mental. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, v. 49, ed. ep. 12, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/15222pt2024v49edepi12>.

SOUZA, D. O. A saúde na perspectiva da ‘ontologia do ser social’. *Trab. Educ. Saúde*, v. 14, n. 2, p. 337-354, maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00009>

VIEIRA, B.; BANDINI, M.; AZEVEDO, V.; LUCCA, S. Risco de suicídio no trabalho: revisão integrativa sobre fatores psicossociais. *Saúde Debate*, v. 47, n. 136, p. 253-268, 2023. DOI: 10.1590/0103-11042022313617. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/7700/1252>.

CAPÍTULO 5

VIOLÊNCIA NO TRABALHO E TRANSTORNOS MENTAIS: relato de experiência na vigilância em saúde mental do trabalhador

Analinne Maia

Introdução

O referido texto apresentará um relato de experiência sobre intervenções de vigilância em saúde mental do trabalhador no período de 2016 a 2019, mais especificamente uma descrição de projetos de busca ativa de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, como prática de uma profissional de psicologia que atua no Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador (CEREST) do município de Maceió.

O Ministério da Saúde instituiu no SUS, a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST), através da Portaria Ministerial GM/MS Nº 1.679 de 20 de outubro de 2002. A RENAST objetiva a atenção integral à saúde do trabalhador por sua magnitude e elevado custo humano, social e econômico (Brasil, 2002) A Portaria de Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012 instituiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) que define princípios, diretrizes e as estratégias nas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento das ações de atenção integral à Saúde do Trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Brasil, 2012).

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são pontos estratégicos da rede de atenção à saúde que devem prestar apoio técnico pedagógico especializado em saúde do trabalhador; orientando práticas de atenção à saúde com vistas a identificar a relação do adoecimento com o trabalho; visando a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

A Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017, define a lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes (Brasil, 2017a) Nesta Portaria consta a obrigatoriedade da notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, entretanto, esta doença relacionada ao trabalho já estava na lista de doenças relacionadas ao trabalho de notificação compulsória desde 2004.

Na Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017, consta a lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados por todos os serviços de saúde, na qual é citada a obrigatoriedade da notificação das violências interpessoais e autoprovocadas (Brasil, 2017b)

O Conselho Federal de Psicologia (2019), em seu referencial de atuação profissional do psicólogo na saúde do trabalhador, no âmbito da saúde pública, enfatiza a importância do reconhecimento das violências relacionadas ao trabalho. “A análise da violência relacionada ao trabalho integra a anamnese ocupacional para estabelecimento do nexo causal [do adoecimento mental com o trabalho], como também as ações de vigilância nos locais de trabalho. As notificações das violências integram uma dimensão das linhas de cuidado para atenção integral às pessoas, que conduzem às ações de cuidado e proteção, bem como de vigilância e prevenção (Conselho Federal de Psicologia, 2019, p. 37).

A primeira ação da linha de cuidado em saúde mental do trabalhador se dá a partir da identificação do nexo causal do sofrimento psíquico com o trabalho e da notificação do caso na ficha de transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A notificação compulsória desta doença relacionada ao trabalho

(DRT) na vigilância em saúde mental do trabalhador fundamenta a análise epidemiológica a partir das informações obtidas com o preenchimento dos campos da ficha.

No entanto, é de conhecimento geral dos profissionais da área de vigilância em saúde do trabalhador (VISAT) no Brasil, a realidade da subnotificação dessa DRT na rede de assistência à saúde.

A ficha de notificação dos TMRT, em sua definição de caso, atualizada em 2019 com a publicação da Nota Informativa Nº 94/2019-DSASTE/SVS/MS, traz a seguinte descrição: “Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicosomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravo de transtornos mentais utilizando os CID – 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicosociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais têm como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos” (Brasil, 2019).

A partir da demanda de atuação do Cerest como matriciador da rede de assistência, como seria possível orientar os profissionais da saúde para as práticas de saúde mental e trabalho sem os dados e o conhecimento da realidade local, frente ao grande número de casos subnotificados? Diante da realidade da subnotificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, a estratégia da busca ativa de casos muitas vezes se faz necessária.

As buscas ativas e investigações foram realizadas em prontuários de uma empresa privada, duas instituições públicas de saúde, na junta médica oficial do estado de Alagoas e a partir dos atendimentos realizados no Cerest Regional Maceió. As análises

serão descritas junto às situações identificadas que geraram o adoecimento, as categorias profissionais correspondentes e o Código da Classificação Internacional de Doenças em sua décima versão (CID10).

O ponto comum identificado nessas ações foi a presença de diversos tipos de violência associados ao estabelecimento de nexo causal dos adoecimentos psíquicos relacionados ao trabalho. O objetivo desse relato é explanar sobre a relação dessas violências, em seus diversos modos de manifestação, com os adoecimentos psíquicos verificados nas investigações e seus respectivos diagnósticos.

As situações de violência encontradas nos projetos de busca ativa foram, a saber: a) trabalho infantil em trabalhadores rurais do corte de cana, assim como condições análogas à escravidão; b) violência urbana em motoristas e cobradores de ônibus que sofriam assaltos com arma de fogo na atuação profissional no transporte público; c) policiais militares que além da violência naturalizada como rotina em sua atuação profissional sofreram também assédio moral; d) situações de violência física e psicológica vivenciadas por professores de escolas públicas; e) assédio moral em jovens profissionais que atuavam em empresa de telemarketing, além do estresse comumente relativo à função.

Violência e suas manifestações

A violência e suas variadas manifestações é comumente associada a situações traumáticas que geram adoecimento mental de acordo com pesquisas científicas diversas e têm sido cada vez mais associada aos sofrimentos psíquicos relacionados ao trabalho. Estudo realizado com adolescentes e adultos jovens palestinos que vivem em áreas sob violência política prolongada demonstrou que sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), estiveram significativamente associados à autolesão não suicida, além dos sintomas depressivos. Sugere que esse comportamento é frequentemente uma sequela de exposição prolongada ao trauma e à violência, e destaca a importância da avaliação rotineira desse comportamento (Rice *et al.*, 2019; Zelkowitz *et al.*, 2021).

Não obstante, a primeira descrição de caso da ficha de transtornos mentais relacionados ao trabalho trazia como ênfase a notificação dos casos de transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) e incluía o assédio moral. A definição de caso da ficha, elaborada em 2005, apresentava o seguinte conceito dos transtornos mentais relacionados ao trabalho: “transtornos mentais relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como à exposição a determinados agentes tóxicos até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e o parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais relacionados ao trabalho, para uso desse instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1)” (São Paulo, 2014).

Com a nova descrição da ficha de TMRT o conceito se amplia e possibilita também o registro de trabalhadores que ainda não possuem o diagnóstico de um transtorno, mas possibilita a notificação do sofrimento psíquico com causas relacionadas a fatores psicosociais, incluindo a percepção de violências, como por exemplo, a que pode caracterizar o assédio moral (CID Z60.5 _objeto de discriminação e perseguição percebidas) (OMS, 2012). A violência em seu sentido mais amplo, como tudo o que viola as necessidades humanas básicas, pode ser entendida como o mais grave risco psicossocial que pode estar presente nas relações, no ambiente e nas condições de trabalho.

O primeiro projeto de busca ativa iniciado no ano de 2016 surgiu a partir de noticiários de ataques a ônibus de transporte público ocorridos na capital do estado de Alagoas. Foi realizado contato com o sindicato dos trabalhadores em transporte rodoviário do estado de Alagoas (CINTTRO-AL) visando colher dados e estabelecer parceria para as ações. Relatos de situações como o disparo de uma arma de fogo não carregada e apontada para a cabeça de um cobrador, que após a situação de violência vivenciada passou a apresentar sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) eram comuns diante dos diversos assaltos dos quais eram vítimas os trabalhadores.

Após a constatação através das informações obtidas no sindicato do grande número de trabalhadores adoecidos, visitas as empresas foram realizadas, visando o acesso aos prontuários dos trabalhadores para a notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. Apenas em uma empresa por colaboração voluntária foi possível realizar as investigações nos prontuários dos trabalhadores e a orientação para a médica do trabalho sobre a necessidade de registro dos casos para o ministério da saúde, visando a obtenção de dados que pudessem embasar estudos epidemiológicos que contribuiriam para a elaboração de políticas públicas de prevenção e promoção à saúde mental dos trabalhadores daquela categoria profissional.

A conduta da empresa após o trabalhador sofrer a violência que geralmente envolvia ameaça à integridade física era dispensá-lo um ou mais dias das suas atividades profissionais e em alguns casos realizar a troca de linha com a mudança de trajeto do transporte. Os trabalhadores eram encaminhados para realizar acompanhamento psicológico no Serviço Social da Indústria (SESI), e a profissional que os atendia também foi orientada para o preenchimento e encaminhamento das fichas de notificação.

Além das notificações dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, obtidas através de várias visitas a empresa, também foram notificadas as violências sofridas com o assinalamento do campo 66 com “SIM” referente a violência ter relação com o trabalho (Brasil, 2016). Mais de um ano após esses registros na ficha de violência interpessoal e autoprovocada, a técnica responsável pela área das violências interpessoais e autoprovocadas do município de Maceió orientou para não mais serem notificados casos como esse na ficha de violência, uma vez que esse público (homens na faixa etária de 19 à 59 anos) não era passível de notificação na ficha de violência interpessoal e autoprovocada, pois esses dados já eram colhidos através da Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinelas de Urgência e Emergência (VIVA Inquérito), captando assim os casos relativos às situações de violência urbana.

O primeiro projeto de busca alcançou êxito e somente foi possível na perspectiva de estabelecimento de nexo causal apresentada

na descrição de caso da primeira ficha de TMRT já descrita anteriormente. Diante dessa definição o nexo de causalidade se tornava mais facilmente factível, uma vez que uma situação com potencial traumático seria a disparadora e fator imprescindível para o surgimento dos sintomas, estabelecendo um nível de nexo de causalidade I, de acordo com a classificação de Schiling, adaptada pelo CRP (2019), especificamente para os TMRT (Conselho Federal de Psicologia, 2019).

Com isso, nota-se que a primeira definição da ficha já trazia essa relação do adoecimento psíquico relacionado ao trabalho com a possibilidade de um provável nível de causalidade mais direto, que se caracterizaria como sendo causa necessária para o adoecimento, como as situações de violência sofridas pelos cobradores e motoristas no exercício de sua atuação profissional. Hoje não há mais cobradores de ônibus em transportes públicos em diversos municípios do país, no entanto, muitos trabalhadores atualmente ainda estão expostos a esse tipo de violência em sua atuação profissional, como os motoristas de aplicativo que rotineiramente sofrem com o risco de perder a própria vida enquanto trabalham nas vias públicas das grandes cidades.

Do mesmo modo é possível compreender o potencial adoecedor ao qual os profissionais da segurança pública estão vulneráveis, uma vez que atuam diretamente para coibir a violência urbana, rotineira e naturalizada, sendo vítimas e ao mesmo tempo autores dessa prática. O tipo de violência que põe em risco a vida do trabalhador pode ser considerado como o mais grave risco psicosocial relacionado ao trabalho.

O projeto de busca ativa realizado no Centro de Atenção ao Alcoolismo e Outras Dependências (CEAAD), da Universidade Estadual de Ciências da Saúde do Estado de Alagoas (UNCI-SAL), objetivou investigar nexos de causalidade do alcoolismo, ou do seu agravamento com o trabalho, como uma possibilidade já descrita no manual de doenças relacionadas ao trabalho, desde 2001 (Brasil, 2001).

Um facilitador para a identificação dessa relação foi a técnica de autoconhecimento utilizada pelos profissionais do serviço, que incentivava a realização de uma autobiografia escrita pelo

paciente alfabetizado, assim que dava início ao seu tratamento na instituição. A partir das informações contidas nas autobiografias foi possível verificar situações diversas que caracterizavam o assédio moral, pois havia práticas comuns de punições que geravam constrangimento e humilhação. Era verificado o uso abusivo do álcool a partir de situações estressoras que ocorriam no ambiente de trabalho, em especial, nas relações interpessoais com hierarquia. O CID diagnosticado entre os trabalhadores da segurança pública era relativo aos transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10).

Como medida de intervenção diante da realidade identificada foi realizada orientação técnica com profissionais de psicologia do CEAAD-UNCISAL, do antigo Centro de Assistência Social (CAS) da Polícia Militar de Alagoas (PM-AL), e da coordenação de psicologia do hospital da PM para a notificação dos casos de TMRT e violências relacionadas ao trabalho, mais especificamente das situações de assédio moral. Foi obtido retorno das notificações de TMRT dos policiais atendidos pelo setor de psicologia da unidade hospitalar, entretanto, inicialmente esse contato demandou cautela na abordagem da temática, o que facilitou a adesão à prática da notificação advinda da instituição.

De acordo com a Convenção 190 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), “o termo violência e assédio no mundo do trabalho refere-se a um conjunto de comportamentos e práticas inaceitáveis, ou ameaças de tais comportamentos e práticas, quer se manifestem uma única vez ou em tempo hábil, que tenham por objeto, causa ou sejam susceptíveis de causar danos físicos, psicológicos, sexuais ou econômicos, e inclui violência e assédio baseado no gênero” (OIT, 2019).

Sobre a naturalização da violência entre policiais é válido ressaltar a óbvia relação do conviver cotidianamente com situações violentas e o alto número de policiais adoecidos mentalmente, e do mesmo modo os altos índices de suicídio nessa categoria profissional, não à toa, sendo o ato, a mais lesiva forma de violência autoprovocada. Essa constatação justificaria ainda mais a relevância de serem notificadas todas as violências sofridas pelos policiais

a fim de embasar estudos epidemiológicos tão necessários sobre a saúde mental dos profissionais da segurança pública em nosso país. Porém, como esse público está excluído do público alvo a ser notificado na ficha de violências interpessoais e autoprovocadas (Brasil, 2016), sugere-se a criação de um campo adicional na ficha dos transtornos mentais relacionados ao trabalho que possa indicar que o trabalhador adoeceu ou está em sofrimento psíquico devido a alguma violência sofrida, visando identificar mais diretamente essa relação. A notificação do TMRT para esses profissionais vem preencher a lacuna deixada pela ausência das notificações de violência no público masculino vulnerável ao adoecimento e com as maiores taxas de suicídio em relação a população geral (Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024).

Outro projeto de busca ativa de grande relevância pela vulnerabilidade social dos trabalhadores atendidos, foi decorrente da atuação da própria profissional do Cerest durante seis anos no hospital de emergência psiquiátrica do estado, o Hospital Escola Portugal Ramalho (HEPR). Nos primeiros três anos, de 2016 ao ano de 2019 foram realizados diversos atendimentos de trabalhadores do corte de cana que atuavam no interior do estado e dos que migraram para o sul e sudeste do país.

Após anamnese ocupacional era estabelecido o nexo de causalidade do adoecimento mental com o trabalho a partir da identificação dos primeiros sintomas que ocorriam na época da vida laboral ativa levando logo em seguida a impossibilidade para o trabalho. Com um prognóstico desfavorável do adoecimento psíquico alguns pacientes após anos do primeiro diagnóstico posteriormente eram diagnosticados com esquizofrenia (CID F20).

Além das condições degradantes do trabalho realizado, muitas vezes em condições análogas à escravidão, com metas exaustivas de várias toneladas de cana a serem cortadas diariamente, era comum haver também o histórico de trabalho infantil. E ao iniciar a vida laboral tão precocemente, na agricultura familiar em torno de oito anos de idade e de modo clandestino nas usinas por volta dos quatorze anos, o adoecimento vinha como consequência

com maior gravidade, e com isso impossibilitando para o trabalho também precocemente.

Além dos casos de trabalhadores do corte de cana, o primeiro nexo identificado na atuação no HEPR foi em trabalhadores que migravam do nordeste para o sul e sudeste do país para trabalhar em ocupações diversas, como no comércio, segurança privada (vigilante) e na construção civil. Todas as mudanças, adaptações e condições de vida diante da necessidade de adaptação ao trabalho e suas condições; como a carga horária extensiva adicionada ao tempo de deslocamento casa-trabalho, inviabilizava o tempo para o autocuidado no que se refere às necessidades básicas de sobrevivência; como tempo para o preparo da alimentação e o descanso, além de outras necessidades humanas como de lazer e interação social, eram disparadoras do adoecimento.

Outro importante projeto de busca ativa foi realizado por iniciativa da gestão do Cerest Estadual de Alagoas que buscou atuar em parceria com o Cerest Regional Maceió, devido a experiência nas demais buscas ativas e notificações obtidas. A partir da demanda de adoecimento mental de servidores públicos do estado foi solicitado acesso aos prontuários da junta médica oficial do Estado visando a identificação de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, e após a identificação do nexo de causalidade realizar a respectiva notificação na ficha do SINAN. As investigações foram realizadas pela profissional de psicologia do Cerest Regional e pela enfermeira do Cerest Estadual.

Diversos casos de professores, policiais civis e profissionais da saúde foram notificados. A maior parte das notificações foram de profissionais da educação e com relatos de situações de violência sofridas, desde ameaças de alunos à assaltos no percurso para o trabalho. Foi verificado que os CIDs em sua maioria descreviam transtornos de ansiedade e depressão e que com esses diagnósticos não era possível identificar os nexos de causalidade das situações precipitadoras que ocorriam no início do adoecimento, apesar da descrição da situação estar relatada no prontuário e evidenciar a relação do adoecimento com o trabalho.

O CID utilizado que mais apontava para um possível nexo de causalidade eram os transtornos de adaptação. Essa percepção foi utilizada para fazer observações junto à médica perita para verificar a possibilidade de utilizar um CID que revelasse a relação dos sintomas apresentados com as situações ocorridas durante a atuação profissional, em especial, nos casos de ocorrência de algum tipo de violência. Além das notificações de TMRT mais uma vez diversas notificações de violências relacionadas ao trabalho foram registradas, dessa vez, em maior parte, de profissionais da educação do sexo feminino.

Nos acolhimentos ocorridos no próprio Cerest Regional Maceió, a categoria profissional que mais registrou casos de TMRT foi a dos atendentes de telemarketing e que pertencem a uma mesma empresa da região. A primeira queixa comum é o tempo cronometrado para ir ao banheiro e fazer as refeições. As demandas se referem a sobrecarga, pressão extrema e situações que caracterizam o assédio moral como modo institucionalizado de gestão, em que os líderes apresentam um padrão de comportamento que utilizam a fim de obter produtividade. Há relatos de grande rotatividade e absenteísmo, como também de muitos trabalhadores adoecidos. O perfil comum desses trabalhadores é de serem jovens adultos, o que os tornam ainda mais vulneráveis ao adoecimento diante dos processos e relações de trabalho violentas. Diante de muitas denúncias sobre a mesma empresa, o Ministério Público do Trabalho emitiu para a referida empresa Termo de Ajuste de Conduta.

Considerações finais

O município de Maceió apresentou em números absolutos até 2015, apenas vinte notificações de TMRT. Entre os anos de 2016 e 2018 com a realização dos projetos de busca ativa de casos houve um aumento de mais de 400% no número de notificações. Os diagnósticos mais frequentes que constavam nas notificações nesse período foram: 49,2% CID F43 (reações ao stress grave, TEPT e os transtornos de adaptação); 12,1% CID F41 (outros

transtornos ansiosos); 10,2% CID F32 (episódios depressivos); e 9,8% CID F33 (transtornos depressivos recorrentes).

Os projetos de busca ativa resultaram em uma alta incidência de transtornos mentais relacionados ao trabalho em uma série histórica de dez anos, se comparado ao restante do país. Durante o período de 2015 a 2024 o coeficiente de incidência no estado de Alagoas foi o segundo maior do país, como é possível verificar na Tabela 1 (Brasil, s.d.).

Tabela 1 – Coeficiente de Incidência (por 100.000 trabalhadores-média ano) de TMRT no Brasil por Unidade Federativa (2015 a 2024)

Unidade Federativa	Coeficiente de Incidência	Unidade Federativa	Coeficiente de Incidência	Unidade Federativa	Coeficiente de Incidência
Brasil	26				
Rio Grande do Norte	94	Espírito Santo	21	Goiás	5
Alagoas	87	Paraná	21	Maranhão	5
Roraima	86	Pernambuco	19	Mato Grosso	4
Mato Grosso do Sul	61	Rondônia	18	Piauí	2
Paraíba	49	Sergipe	15	Amapá	1
Minas Gerais	47	Santa Catarina	14		
Tocantins	40	Amazonas	12		
Rio Grande do Sul	37	Pará	12		
Bahia	33	Acre	10		
Ceará	26	Rio de Janeiro	9		
São Paulo	26	Distrito Federal	6		

Fonte: Elaborado pelo autor.

É válido ressaltar que a alta prevalência de TMRT não reflete um maior número de adoecimentos no estado se comparado aos outros estados, mas representa o resultado das ações de vigilância em saúde mental do trabalhador. Entretanto, a grande quantidade de casos notificados a partir das investigações realizadas em prontuários vem comprovar a realidade da subnotificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho na rede de atenção à saúde.

É comum a ausência de dados epidemiológicos fidedignos em saúde mental do trabalhador, uma vez que os profissionais da rede de assistência pouco notificam os sofrimentos psíquicos e os transtornos mentais, que está entre as doenças relacionadas ao trabalho mais subnotificadas.

As investigações realizadas puderam possibilitar, em parte, o conhecimento da realidade do território para posteriormente fundamentar com mais informações as posteriores ações de matrículamento em saúde mental do trabalhador na rede de atenção à saúde, e especificamente com os profissionais que atuam na saúde mental.

A atuação nessa área é desafiadora, uma vez que, muitos profissionais da rede de saúde não conhecem a lista de doenças e agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória. Há uma deficiência na formação de algumas categorias profissionais da área da saúde, como na formação em psicologia, por exemplo, para o entendimento e a necessidade do profissional que está na assistência, no âmbito da saúde pública, de realizar as ações de vigilância em saúde. O desconhecimento é ainda maior no que se refere a vigilância em saúde mental do trabalhador.

Investimentos em formação para a atuação profissional no SUS baseado nos estudos científicos da área de saúde mental e trabalho, como também no conhecimento da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, assim como a percepção de que todos os profissionais da saúde são a própria RENAST, é essencial para os avanços tão necessários na implementação das ações de vigilância em saúde mental do trabalhador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Nota Informativa nº 94, de 1 de setembro de 2019*. Orientação sobre as novas definições dos agravos e doenças relacionados ao trabalho do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan). 1 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Vigilância Epidemiológica. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/ptb/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/renast/vesat>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 3 out. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 360, 3 out. 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 19 set. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 46-51. 24 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública: referências para atuação da(o) psicóloga(o)*. 2. ed. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 603, de 19 de dezembro de 2018. Apresenta proposta de reorganização da Atenção Integral à Saúde dos trabalhadores no SUS. *Diário Oficial da União*: seção 1, p. 136-141, 19 dez. 2018.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *18º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2024. Disponível em: <https://publicacoes.forumseguranca.org.br/handle/123456789/253>

OMS – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Norma nº 190 sobre violência e assédio*. 2019.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. ed. rev. São Paulo, 2012.

RICE, S. M.; KEALY, D.; OLIFFE, J. L.; OGRODNICZUK, J. S. Externalizing depression symptoms among Canadian males with recent suicidal ideation: a focus on young men. *Early Interv. Psychiatry*, v. 13, n. 2, p. 308-313, abr. 2019.

SÃO PAULO (Estado). *Orientações técnicas para a notificação no SINAN dos transtornos mentais relacionados ao trabalho*. 2014. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/Oreitancao.pdf>

ZELKOWITZ, R. L.; MITCHELL, K. S.; GROSSMAN, S. L.; NILLNI, Y. I.; GRADUS, J. L.; GALOVSKI, T. E. Latent class analysis of self-directed violence and indirect self-harm behaviors: gender differences and associations with mental health symptoms. *Med. Care*, v. 59, supl. 2, p. S51-S57, 1 fev. 2021.

CAPÍTULO 6

TRANSTORNOS DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT), DEPRESSÃO, COMPORTAMENTO SUICIDA E SEUS IMPACTOS NO TRABALHO.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Sérgio Roberto de Lucca

Introdução

No Brasil, os transtornos mentais comportamentais (TMC) e os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) são a terceira causa de afastamentos e benefícios previdenciários e acidentários, respectivamente. Entretanto, os dados da Previdência Social são subestimados, sobretudo os acidentários (TMRT) representam cerca de 5% dos previdenciários (TMC). Este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir três situações de TMRT: Transtornos de Estresse Pós-traumático (TEPT), Depressão, comportamento suicida e seus impactos no trabalho. Discute-se as causas desencadeantes, tendo como pano de fundo o estigma e o capacitismo (perda de produtividade) daqueles trabalhadores que retornam ao trabalho com estabilidade, e a estratégia de gestão de assédio moral no trabalho, com objetivo de desestabilizá-los para pedirem demissão. Conclui-se que recém publicada a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho poderá auxiliar no diagnóstico destas ocorrências e nas ações de vigilância.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 15% dos adultos em idade produtiva tenham um problema de saúde mental. Globalmente, 280 milhões de pessoas vivem

com depressão, 301 milhões com ansiedade, 64 milhões com transtorno mental grave, e 703.000 pessoas morrem por suicídio anualmente (WHO; OIT 2022). No Brasil os transtornos de ansiedade (9,3%) e a depressão (5,8%) são os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) mais prevalentes. Entre os cerca de 53,9 milhões de trabalhadores formais e contribuintes da Previdência Social, e que tiveram afastamentos superiores a 15 dias em benefício previdenciário, o grupo de TMC teve uma média anual de 203 mil casos entre 2017 e 2019. Em 2020, foram registrados 289 mil benefícios previdenciários, com um aumento de 30% no ano da pandemia da covid-19. Destes, os benefícios acidentários (Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho) foram de somente 5% destas ocorrências (Brasil, 2021).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (MS), no período entre 2006 e 2022 foram notificados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação- SINAN, 2.408.044 doenças e agravos relacionados ao trabalho (DART). Com relação aos Transtornos mentais relacionados ao trabalho foram notificados 16.877 casos, sendo que 88% destes registros os principais diagnósticos foram “reações ao “estresse” grave e transtornos de adaptação”, seguido de “episódios depressivos e outros transtornos ansiosos”. Entre as mulheres os transtornos de estresse pós-traumático foi o de maior contribuição de casos entre cobradoras de ônibus, operadoras de telemarketing, operárias e o grupo de enfermagem. Os transtornos do humor (depressão) apareceram com expressiva presença nas notificações de faxineiras, operárias e professoras. Entre os homens a maior proporção dos diagnósticos de transtornos pós-traumáticos ocorreu entre motoristas urbanos e rodoviários, seguidos pelos vigilantes, agentes de segurança e penitenciários, gerentes comerciais e carteiros.

Os registros atualizados sobre TMC e TMRT do SINAN e da Previdência Social atualizados podem ser acessados no site do smartlab – observatório de segurança e saúde no trabalho da OIT/MPT (Brasil, 2025).

Precarização do trabalho no mundo contemporâneo

Desde os anos 90 verifica-se um crescimento vertiginoso dos transtornos mentais e comportamentais (TMC) e transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT). Os dados epidemiológicos de prejuízo à saúde mental da força de trabalho acompanham as mudanças do mundo do trabalho, com o advento da globalização e das novas tecnologias. A intensificação do trabalho, as práticas de violência psicológica para atingir as metas, as avaliações de desempenho, que estimulam o individualismo e a competição entre trabalhadores/as, e demais fatores psicossociais no trabalho são recorrentes no mundo do trabalho contemporâneo. A importância da compreensão do sofrimento no trabalho, devido a privação da autonomia e subjetividade em um trabalho dominado, e a invasão do trabalho na esfera privada são outros aspectos relevantes.

De acordo com o Ministério da Saúde, o “mal estar” e o “sofrimento” dos trabalhadores pode ser agravado ou desencadeado pelo trabalho, e pode se manifestar como sentimentos de raiva, irritação, medo excessivo, insegurança, sintomas de tristeza, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese e doenças psicossomáticas. E pelos seguintes grupos de doenças da Classificação Internacional de Doenças da 10^a edição – CID 10, Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99); Alcoolismo (Y90 e Y91); Síndrome de Burnout (Z73.0); Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46); Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96); e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84) (Brasil, 2022).

Neste capítulo nos debruçamos sobre a ocorrência dos Transtornos de Estresse Pós-traumático (TEPT), Depressão, comportamento suicida e seus impactos no trabalho e que são eventos que se desencadeiam a partir das situações de trabalho. Em nossa experiência no ambulatório de medicina do trabalho do HC da Unicamp, temos observado o “modus operandi” da maioria das organizações devido a estigmatização dos/as trabalhadores/as que adoecem por transtornos mentais, além da culpabilização estes/

as trabalhadores/as sofrem ainda mais por ocasião do retorno ao trabalho.

Na maioria das vezes os transtornos mentais se originam de novas formas de gestão nas empresas públicas e privadas e decorrem de comportamentos ofensivos e outras formas de violência (física e psicológica), e do fenômeno de capacitismo (produtividade) e do estigma dos TMC, e das práticas assediadoras da organização do trabalho.

Uma boa parte dos casos atendidos no nosso ambulatório com diagnóstico de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT e de Transtorno de Estresse Pós Traumático-TEPT, e que receberam benefício acidentário, ao retornam ao trabalho com estabilidade no emprego por um período definido de 12 meses a 33 meses (dependendo do acordo coletivo da categoria profissional) são sistematicamente assediados e discriminados, potencializando o transtorno mental e até ideação suicida, conforme o fluxo a seguir

DORT >> Afastamento >> demissão ou retorno ao trabalho
>> assédio >> Depressão >> afastamento >> retorno ao trabalho >>assédio >> isolamento >> ideação suicida.

TEPT >> retorno ao trabalho >> assédio>> baixa produtividade >> isolamento >> culpabilização>> ideação suicida.

Neste cenário, a elevada competitividade, cobrança de performance individual e falta de solidariedade coletiva entre os colegas de trabalho transformaram os ambientes de trabalho em um palco de relacionamentos hostis e que podem gerar muito sofrimento para trabalhadores/as:

- Quando não é possível ter autonomia e agir para fazer um bom trabalho;
- Quando não há reconhecimento e cooperação;
- Quando a dignidade é ferida;

- Quando a carga de trabalho (física e emocional) supera a capacidade e as expectativas dos/as trabalhadores/as

A precarização no trabalho contemporâneo com o advento das novas tecnologias assume novas morfologias de trabalho: trabalho híbrido, teletrabalho e trabalho em plataformas digitais, que além de favorecer o controle virtual e individual sobre os/as trabalhadores/as. Desta forma a precarização objetiva invade a precarização subjetiva e cria novas formas de sociabilidades que mantém os esta nova força de trabalho formal e predominantemente informal individualizada e sem proteção social.

As atividades de trabalho se ampliam para fora “dos portões da fábrica” e amplia o leque de violências relacionadas ao trabalho e adoecimento: violência urbana (acidentes de trajeto, assaltos, sequestros); violência cultural (discriminações e conflitos éticos) e violência da organização do trabalho (assédio moral e sexual). Neste contexto, as principais manifestações de adoecimento são os acidentes de trabalho e os transtornos mentais relacionados ao trabalho. Os TMRT podem ser consequência de:

- Sequela de um acidente de trabalho ou episódio de violência, resultante de um Trauma crânio encefálico-TCE, e desencadear um Transtorno mental orgânico; Transtorno orgânico de personalidade; demência e TEPT.
- Intoxicação aguda ou crônica por exposição a substâncias químicas neurotóxicas presentes no ambiente de trabalho e resultar em transtorno cognitivo leve; demência; transtorno orgânico de personalidade.
- Fatores psicossociais relacionados ao trabalho, e desencadear ou agravar doenças como alcoolismo crônico; episódios depressivos; TEPT; transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos e/ou Síndrome de burnout, ou esgotamento profissional).

A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) (Brasil, 2023), publicada pelo Ministério da Saúde, pela Portaria GM/MS nº 1.999, de 27/11/2023 sobre agravos relacionados

ao trabalho elenca duas listas: A lista A elencar os principais agentes e fatores de risco e doenças, enquanto que a lista B as doenças com os agentes e fatores de risco. Na lista A da LDRT são reconhecidas, de forma direta, os seguintes agentes químicos desencadeantes ou agravantes de TMRT, e de forma indireta, também inclui os fatores de risco psicossociais no trabalho relacionados com a:

- Organização do trabalho (gestão, contexto e conteúdo do trabalho, relações de trabalho, condições do ambiente de trabalho, interação pessoa-tarefa, violência e assédio moral/sexual e discriminação);
- Ao risco de morte e trauma no trabalho (amputações e esmagamentos, choques elétricos, queda, explosões, afogamentos e outros), assaltos, assaltos/ataques à integridade física, acidentes de trânsito, entre outros;
- A jornada de trabalho e trabalho em turno e noturno, e
- O trabalho intermitente e o desemprego.

A relação com o trabalho por causalidade indireta e/ou mediada por fatores e condições de risco, e presentes na cadeia de causalidade, se traduzem nos dados epidemiológicos e na maior frequência com que aparecem os TMC em grupos de trabalhadores, ramos de atividades econômicas e ocupações específicas. Além de compartilhar os perfis de adoecimento e morte da população geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção em grupos específicos de risco, os trabalhadores também podem adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho.

Transtornos de estresse pós-traumático – TEPT

Como vimos, o TEPT é um transtorno mental frequente entre os trabalhadores e trabalhadoras. O caso a seguir, atendido em nosso ambulatório é exemplificativo deste diagnóstico:

J, masculino, 44 anos, gerente de banco. Há três anos sofreu um assalto na agência, sendo ameaçado por 4 homens armados que o agrediram fisicamente e colocaram arma colocada dentro de sua boca. Ficou trancado dentro do cofre, por cerca de uma hora.

Nos dias subsequentes, ao ir trabalhar, passava e voltava várias vezes na roleta da agência. Tremia e sentia calafrios. Desde então não consegue permanecer em locais fechados, não dirigia mais, sentindo-se permanentemente em estado de alerta, com a impressão de estava sendo seguido. Sentia-se ameaçado. Referia pesadelos frequentes, coração acelerado, dificuldade para respirar e mal estar. Evita sair à noite por insegurança. Ficou descuidado com a aparência, distanciou-se de amigos e familiares, tinha crises de choro, dificuldade de concentração e ideação suicida.

No caso apresentado, os sintomas relatados e grifados são compatíveis com o diagnóstico de TEPT: “Resposta tardia a um evento ou situação estressante, traumática de natureza ameaçadora ou catastrófica e/ou situações de desastre, acidentes e violência (física, psicológica ou sexual)” e caracterizados por episódios de revivência do trauma; pesadelos, crises de pânico, sintomas psicossomáticos e evitação do local de ocorrência, tendência a isolamento, comportamento suicida.

Na LDRT o TEPT está descrito como “Estado de “Stress” Pós-Traumático” CID F 41.1, e que pode ser desencadeado por:

Fatores psicossociais relacionados com a gestão organizacional; e/ou contexto da organização do trabalho; e/ou característica das relações sociais no trabalho; e/ou conteúdo das tarefas do trabalho; e/ou condição do ambiente de trabalho; e/ou interação pessoa-tarefa; e/ou jornada de trabalho; e/ou violência e assédio moral/sexual no trabalho; e/ou discriminação no trabalho e/ou risco de morte e trauma no trabalho; Depressão relacionada ao trabalho. Entre os transtornos de humor, a depressão é a segunda principal causa de transtornos mentais que acometem trabalhadores/as, e responsáveis por afastamento do trabalho superiores a 15 dias, de acordo com os dados da Previdência Social. Os dois casos a seguir,

atendidos em nosso ambulatório e UBS, respectivamente são exemplificativos deste diagnóstico:

José, 38 anos, operador de forno de empresa metalúrgica, afastado há 2 anos e em processo de readaptação no INSS, teve dificuldades em se adaptar em nova função na empresa. Com diagnóstico de Transtorno de adaptação, compareceu ao ambulatório com sintomas depressivos, choro e ideação suicida.

Ana, 29 anos, operadora de empilhadeira, devido gravidez foi transferida para atividade administrativa. Após 3 meses nesta atividade comparecer na UBS com sintomas depressivos e ideação suicida.

De acordo com a LDRT (2023), “Episódios Depressivos” estão classificados com o CID F32, e podem ser desencadeados por:

Exposição a agentes químicos: tolueno e outros solventes neurotóxicos; e/ou chumbo e seus compostos tóxicos; e/ou agrotóxicos, em atividades de trabalho;

Fatores psicossociais relacionados a: gestão organizacional; e/ou contexto da organização do trabalho; e/ou característica das relações sociais no trabalho; e/ou conteúdo das tarefas do trabalho; e/ou condição do ambiente de trabalho; e/ou interação pessoa-tarefa; e/ou jornada de trabalho; e/ou violência e assédio moral/sexual no trabalho; e/ou discriminação no trabalho e/ou risco de morte e trauma no trabalho, e Desemprego.

Suicídios e comportamento suicida (ideação e tentativa de suicídio)

Cerca de um milhão de pessoas morrem por suicídio a cada ano no mundo, e os suicídios representam 71% de todas as mortes violentas entre as mulheres e 50% entre os homens. Estima-se que, para cada suicídio consumado, ocorram 20 tentativas de suicídio e ideação suicida (pensar em tirar a própria vida). Ideação, comportamento suicida e suicídios são

fenômenos multicausais e podem ser precipitados por características individuais, psicossociais e ambientais, incluindo o trabalho. Entretanto, os casos de suicídios relacionados ao trabalho são praticamente inexistentes. Mas por que isto ocorre?

O suicídio é compreendido como um evento multifatorial, decorrente de uma complexa interação entre fatores individuais, sociais e ambientais. O evento final decorre de uma série de fatores que vão se somando ao longo do tempo na vida e que se amalgama às situações ambientais, culturais, psicológicas, biológicas, entre outras. O que é visto como “causa”, geralmente se refere ao evento final destes acontecimentos. Para aprendê-lo na sua causalidade é necessário conhecer todos os fatores adjacentes. Na vertente psiquiátrica, a maioria dos estudos associam o transtorno mental prévio como principal causa desencadeante do comportamento e ato suicida. Entretanto, na maioria das vezes, não se analisa o contexto e os fatores adjacentes contribuintes na ocorrência do transtorno mental. Este tipo de viés metodológico, de causa-efeito, transtorno mental e suicídio nos remete para uma análise mais individual “em que a vítima é a culpada”. E quais são os fatores psicossociais de trabalho e fora dele que contribuíram para o desencadeamento do transtorno mental?

É possível constatar, que ainda que o suicídio ocorra no local de trabalho, os FPT não entrem em cena na investigação, sobressaindo-se as causas individuais e pessoais da vítima (problemas financeiros, familiares, transtorno mental prévio). Mas que ainda não são notificadas pelos empregadores, devido aos conflitos de interesse em se reconhecer a responsabilidade do trabalho sobre o caso. Entretanto, entender essa dinâmica é um dos caminhos para a intervenção precoce nos espaços sociais comunitários, incluindo locais de trabalho e organizações.

Estudo de Corsi *et al.* (2020) intitulado “Vigilância em saúde do trabalhador: o suicídio relacionado ao trabalho” apontou dez causas relacionadas com o suicídio: depressão (19,3%); assédio moral/bullying (16,1%); ausência de lazer (12,9%); estresse (9,6%); sobrecarga profissional (9,6%); acidentes no

trabalho (9,6%); Síndrome de Burnout (6,4%); isolamento social (6,4%); conflitos entre a família e o trabalho (6,4%) e falta de autonomia no trabalho (3,2%). Verifica-se que metade deles (sublinhados) são fatores psicossociais do trabalho.

Dentre os transtornos mentais relacionados ao trabalho mais prevalentes em nosso meio se destacam a depressão, os transtornos de ansiedade, as reações ao estresse grave e transtornos de adaptação e os transtornos de estresse pós-traumáticos, apesar de subestimados nas estatísticas oficiais merecem atenção dos profissionais de saúde para o diagnóstico destas ocorrências.

Desafios para a discussão

A importância de capacitação/ treinamento sobre TMRT para os profissionais de saúde (APS/UBS) e dos serviços de Urgência e emergência, e do:

- Acolhimento e da entrevista em saúde dos trabalhadores e trabalhadoras focadas na história de vida e trabalho;
- Suspeitar o nexo de TMRT, considerando-se os dados epidemiológicos e da LDRT;
- Solicitar apoio/suporte do CEREST e Notificação na suspeita de TMRT;
- Implementar as ações de Notificação e de vigilância;
- Da possibilidade de matrículamento do CEREST junto à APS/UBS.

No Quadro 1 descrevemos um roteiro para ser utilizado pela Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT), durante visita aos ambientes de trabalho.

Quadro 1 – Roteiro de investigação da vigilância em saúde do trabalhador nos ambientes de trabalho.

- | |
|---|
| Avaliar as principais demandas dos trabalhadores/sindicato |
| Verificar o processo de trabalho e fatores de riscos, em especial os fatores psicosociais no trabalho, e confrontar com o conteúdo do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional-PCMSO, Programa de Prevenção dos Riscos Ambientais- PPRA e Programa de Gestão dos Riscos- PGR da empresa |
| Verificar o histórico de absenteísmo por doença e doenças do trabalho e acidentes de trabalho e as notificações efetuadas |
| Número de trabalhadores e formas de contratação (terceirização, contratos temporários). |
| Existência de política de prevenção de assédio e de programa de gestão da saúde mental na organização. |
| Analisa a condução dos casos de transtornos mentais. |
| Analisa o processo de reabilitação (e de afastados por transtornos mentais) |
| Negociar prazos para ações prioritárias de intervenção. |

Fonte: O autor, 2024.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Benefícios acidentários – quantidade de auxílios-doença urbanos acidentários cessados, por sexo do segurado, segundo os capítulos da CID – 2019/2021*. Versão online AEPS 2021. Ministério da Previdência Social. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023*. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). 2023. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1999_29_11_2023.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Transtornos mentais e comportamentais. 30 set. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/saude-do-trabalhador/vigilancia-em-saude-do-trabalhador-vigisat/doencas-e-agravos-relacionados-ao-trabalho/transtorno-mental-relacionado-ao-trabalho>

BRASIL. Ministério Público do Trabalho. Organização Internacional do Trabalho. Observatório de Segurança e Saúde do Trabalho. 2025. Disponível em: <https://smartlabbr.org/sst>.

CORSI, C. A. C. et al. Vigilância em saúde do trabalhador: o suicídio relacionado ao trabalho. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), v. 16, n. 4, p. 133-143, 2020. ISSN 1806-6976. DOI: 10.11606/issn.1806-6976. smad.2020.172196. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.172196>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION. *Mental health at work*. Geneva: WHO; ILO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>.

CAPÍTULO 7

PRINCIPAIS AGRAVOS EM SAÚDE MENTAL

RELACIONADOS AO TRABALHO: diagnóstico, nexo causal, tratamento e prevenção do *burnout*

Bruno Chapadeiro Ribeiro

Introdução

O *burnout*, quando descrito pela primeira vez na literatura científica na década de 1970 por Herbert J. Freudenberger e posteriormente aprimorado por Christina Maslach, apontaram o termo primeiramente grafado com hífen, inclusive, até porque há erros conceituais ante o mesmo. Há quem pronuncie como se fosse uma palavra de língua francesa, “burnô”, porém se trata de uma palavra com origem na língua inglesa, que justamente dá o sentido de “queima”. A utilização com hífen, *burn-out*, visava precisamente o entendimento da queima (“*burn*”), da queima em termos do esgotamento, e o *out* em termos da despersonalização da pessoa que não se sente mais dentro da consciência de si.

Trata-se de termo apropriado de um romance da literatura inglesa chamado “*Burn-Out Case*” de Graham Greene, que narra a história de um arquiteto farto de sua celebridade, que não encontra mais sentido na arte ou prazer na vida, e viaja anonimamente no final da década de 1950 a uma colônia de leprosos do Congo, em África. Na ocasião, a personagem é diagnosticada com o equivalente mental de um “caso de esgotamento”. Assemelha-se ao dito popular brasileiro de se “largar tudo para vender coco (ou arte)”, justamente devido a um esgotamento, ou da eminência dele.

O *burnout* recentemente tem ganho destaque na mídia hegemônica brasileira por ter sido considerada uma doença relacionada ao trabalho, a partir da Classificação Internacional de Doenças em sua 11^a versão (CID-11), em que passa a receber um código específico para tal. O *burnout*, no Brasil, já é reconhecidamente uma doença relacionada ao trabalho desde a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) firmada pela Portaria n. 1339/1999. À época, uma decisão deveras acertada de se utilizar do código Z73.0 da categoria “problemas relacionados com a organização do modo vida” para se designar a síndrome.

A tradução do termo em inglês, *burnout* (“burn” = queima e “out” = sair/saída) significa estritamente “esgotamento”, e este, na CID-10 não possuía a noção específica de esgotamento pelo/do/no trabalho, mas poderia também se relacionar a ele. Ou seja, o uso da expressão na CID-10, poderia aludir à distintas formas de esgotamento nas diferentes formas de se andar, pensar e agir com a vida. Não à toa, observa-se certas banalizações do conceito, como por exemplo, “burnout materno”, “burnout racial” etc. Faz-se mister a compreensão das interseccionalidades também no campo da saúde de quem trabalha, porém se há, um “esgotamento” do termo, porque não dizer uma banalização, tal como na história recente, do termo freudiano do *recalque*, por exemplo, havendo um esvaziamento do conceito, se esvazia também o sentido da relação com o trabalho. Nesse sentido, nas presentes linhas, reafirmar-se o posicionamento ético-político do uso da terminologia “burnout”, tal como apregoado pela CID-11, de que se refere especificamente a fenômenos psicossociais sempre decorrentes de processos laborais e não deve ser aplicado para descrever experiências em outras áreas da vida.

Dessa forma, o código QD-85 apregoado à CID-11, traz especificamente a nomenclatura de uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico relacionado ao ambiente de trabalho e que, diferente apenas do aspecto de “esgotamento” que vem sendo tratada erroneamente, é, na verdade, caracterizada por três dimensões: 1) sentimentos de esgotamento ou exaustão de energia; 2) aumento da distância mental do trabalho, ou

sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao trabalho; e 3) uma sensação de ineficácia e falta de realização.

Eis, portanto, uma problemática conceitual importante à questão em tela. Diriam novamente os desavisados que agora, a então LDRT ratificada pela Portaria GM/MS n. 1999/2023, não possuiria a “força” de enquadrar o *burnout*, uma síndrome, não exatamente uma “doença”, portanto, um conjunto de sinais e sintomas, enquanto uma doença relacionada ao trabalho. Se alargarmos o conceito para envolver a noção de agravos, de sofrimento, de desgaste, que são amplamente divulgados na literatura científica especializada, há uma compreensão, portanto, ampliada, de que, mesmo que uma psicopatologia não esteja cronificada, há sim claros sinais e sintomas de desgaste e problemáticas no andar, sentir, pensar e agir com nossas vidas.

Em nossas práticas periciais, na Justiça do Trabalho, como também na pesquisa acadêmica, temos nos utilizado de outra codificação muito importante da Organização Mundial de Saúde (OMS), pouco ainda utilizado no Brasil, que é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que integra as dimensões “atividades humanas” e “participação social” (aspectos do ambiente de trabalho) na compreensão clínica das “funções e estruturas” do corpo. Retrata aspectos de funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas, a partir da compreensão dos estados de saúde e de condições relacionadas, bem como determinantes e efeitos. Para ficarmos apenas na questão dos instrumentais, as possibilidades aqui expostas nos ajudam a dar conta da dimensão de compreender a síndrome em questão.

Além de nós, no Brasil, o *burnout* tem sido estudo por importantes pesquisadoras(es) tais como Isabela Vieira, Ana Maria T. Benevides Pereira, Mary Sandra Carlotto, Juliana Nunes Monteiro, Mauricio Robayo Tamayo e Hugo Ferrari Cardoso.

O *burnout* na lista de doenças relacionadas ao trabalho (LDRT) do Brasil

Tivemos, após 24 anos, uma atualização da LDRT (Silvestre *et al.*, 2022). As grandes diferenciações, as maiores contribuições,

os maiores avanços que tivemos se deram justamente no campo da saúde mental. Estivemos no Ministério da Saúde (MS) em Brasília-DF no ano de 2018, numa oficina para atualização da LDRT e saímos junto à companheira Adriana Skamvetsakis do Cerest Vales com a missão de sermos responsáveis pela atualização da parte de saúde mental na referida lista.

Reunimos então um grupo, assim, seletivo, que batizamos carinhosamente de “Foro de São Paulo”, em que nos apoiamos justamente nas pessoas que também ajudaram a construir a lista de 1999. Fomos massivamente batendo CID a CID buscando as prevalências epidemiológicas, os pareamentos de achados a partir de estudos clínicos-estatísticos, dialogando e ouvindo trabalhadores(as). Tivemos pouco menos de um mês para proceder na entrega ao Ministério da Saúde. E o resultado é esse visto: uma grande contribuição, além da ampliação do uso de álcool e outras substâncias psicoativas relacionadas ao trabalho, foi justamente manter o *burnout*, mesmo que ainda em seu código Z73.0 da CID-10. Lembrando que a atualização da lista foi publicada em 2020 e tivemos intercorrências políticas que a fizeram sair somente em 2023, e, na esteira, logo nos utilizaremos da recente tradução de França *et al.* (2023) para o português da CID-11.

A ideia é que a lista continue em constante atualização. Tendo conseguido ampliar principalmente os transtornos ligados ao abuso de álcool e outras substâncias psicoativas, não à toa, porventura estes podem guardar uma relação com o *burnout*, quando de seus sintomas inespecíficos como insônia, fadiga, irritabilidade, tristeza, desinteresse, apatia, angústia, tremores e inquietação, caracterizando decorrentes síndrome depressiva e/ou ansiosa.

O diagnóstico de *burnout*

Como então classificar e compreender o diagnóstico de *burnout*? Os progenitores da LDRT de 1999 foram felizes ao atribuir a noção de “sensação de estar acabado”. A tradução também que se deu na lista de 1999 foi enquanto uma “síndrome de

esgotamento profissional”, o que nos cabe, agora em 2023, avançar nesse conceito, afinal, o esgotamento é uma das dimensões do *burnout*. Ou seja, quando falamos em *burnout* nos atemos mais à noção de cansaço, de esgotamento. Inclusive, após a classificação da CID-11, há uma romantização da questão em que as pessoas parecem denotar certo orgulho de estarem cansadas de tanto trabalhar.

A servidão voluntária (De La Boétie, 2020), manipulação (Heloani, 2003) ou captura da subjetividade (Alves, 2015) se coloca como um imperativo de peso. Numa sociedade que se cobra mutuamente o paradigma da excelência, o imperativo categórico em que se deve “performar” a todo tempo, de que precisamos, enquanto sociedade, estarmos sempre semelhantes ao coelho branco do livro “Alice no País das Maravilhas” de Lewis Caroll: “É tarde, é tarde, é tarde!”... não à toa, o uso da expressão “- estou na correria” como resposta à pergunta “- como vai você?” é deveras sintomático. Nesse sentido, “a correria” nos dá uma dimensão de estarmos extremamente ocupados, ou seja, a extrema produtividade elevada ao ponto de se estar “burnoutado”. O neologismo expressa a romantização do esgotamento, do cansaço, da real sensação de estar acabado.

A pessoa trabalhadora que nos chega seja em perícias judiciais trabalhistas, seja no acolhimento psicossocial no estágio obrigatório na universidade, seja nas pesquisas acadêmicas, comumente trazem a dimensão do “- Eu não aguento mais, eu não suporto, não tenho mais energias”. Não obstante, há também a faceta da despersonalização, em que a pessoa trabalhadora passa a ter sentimentos e reações negativas em relação ao trabalho que desempenha. É, portanto, o que diferencia o *burnout* enquanto uma resposta estressora crônica, diferente do estresse comum, pois se dá enquanto um estresse de ordem patológico, ou seja, a justa relação de não se sentir mais envolto e significado com/ pelo o trabalho.

Nos recordamos de um professor que atendemos em clínica certa vez que nos disse que chegou numa segunda-feira para dar aula, sentou-se em sua mesa e deixou as crianças bagunçarem

a sala. Nos disse: “- eu não tinha mais energias... e não estava mais ligando também. Eu passei praticamente os 50 minutos da aula sentado ali à paisana deixando-os fazerem o que quiserem porque eu não tinha mais essa energia para conseguir fazer coisa alguma”. É justamente então essa atitude negativa em relação aos clientes, usuários e organização, um dos fatores de risco psicosociais conhecidos para o *burnout*.

A epidemiologia nos mostra que há maior prevalência de *burnout* nas profissões do cuidar, – as profissões do *care* – historicamente relegadas às mulheres. Trata-se de uma síndrome que vai afetar principalmente as pessoas da área de serviços e cuidadores, profissionais de saúde, profissionais de educação. Contudo, o exercício posto é de se pensar o *burnout* também para além do trabalho formal. Como tem se dado nos trabalhos informais, precarizados, nos trabalhos com baixa proteção social?

Há estudos consolidados que demonstram o acometimento também em profissionais da segurança e outras categorias. Numa perícia judicial trabalhista recente que fizemos, conseguimos constatar o diagnóstico e o nexo de causalidade, num engenheiro da aviação civil inclusive devido a justamente transformações no ambiente de trabalho deste, tais como, a reestruturação produtiva, o *downsizing* etc. A política neoliberal do fazer mais com menos, expressa no caso em tela a partir de relatos que constataram um baixo poder de agir e de “acabar se deixando quieto pra lá”. Durante o procedimento pericial, o trabalhador se incomodava com sua condição e chegou a dizer: “- Olha, eu construo aviões, inclusive aviões para presidentes que saem daqui com mais ou menos cinco mil erros de projeto, porque eu não dou conta. Isso me angustiou muito, mas já não ligo mais. Cansei”. Fatores ligados à insegurança social e econômica, o medo do desemprego, também são associados a este diagnóstico de *burnout*.

Os papéis conflitantes, os desvios de funções, a perda de controle, de autonomia, já descritos em Maslach *et al.* (2001), em que observam que uma das formas de retorno ao trabalho, de se tentar buscar uma intervenção psicossocial para que a pessoa esteja reabilitada do ponto de vista de suas funções psíquicas é

precisamente o engajamento no trabalho, pois o quadro clínico do *burnout*, possui a dimensão da exaustão emocional em que sempre há uma história de grande envolvimento subjetivo com o trabalho.

Geralmente, as pessoas trabalhadoras acometidas por *burnout* são aquelas que mais sentem o trabalho, aquelas que mais se importam com o trabalho, com a tarefa do trabalho, que veem o sentido do trabalho. Nesse sentido, as perdas se dão numa dimensão simbólica, em que há queixas de reação negativa, insensibilidade, afastamento excessivo da atividade e do trabalho em si etc. Ao nos depararmos com alguma matéria jornalística que aborda a história de, por exemplo, alguma trabalhadora do ramo da enfermagem que “errou o procedimento de uma medicação”, cabe buscarmos entender os fatores de riscos psicosociais envolvidos em relação a esse desgaste, a sobrecarga de trabalho, as condições de trabalho que podem ter levado a pessoa a estar num quadro de *burnout*, por exemplo.

O nexo causal entre *burnout* e o trabalho

O *burnout* também possui sintomatologias inespecíficas que podem se confundir com tantas outras. Afinal, não é incomum nesses tempos hipermodernos ouvirmos relatos de queixas de cefaleias, dores musculares etc., em que, em contrapartida, poucos ou nenhum de nossos médicos assistentes levantam a famigerada questão: “— Do que se ocupa?” como já nos apregoava Ramazzini (2000) que “na fonte de nosso sustento pode residir a causa da nossa patologia”.

O nexo de causalidade em se tratando de *burnout* deve ir para além dos instrumentos já conhecidos, como por exemplo, o *Maslach Burnout Inventory* – MBI (Maslach; Jackson; Leiter, 1981), a Escala de Caracterização do Burnout – ECB (Tamayo; Tróccoli, 2009), o Cuestionário para La Evaluación del Síndrome de Quemarse por El Trabajo – CESQT (Gil-Monte; Carlotto; Câmara, 2010), o Inventário da Síndrome de Burnout – ISB (Benevides-Pereira, 2015), o *Oldenburg Burnout Inventory*

– OLBI (Schuster; Dias, 2018), o *Burnout Assessment Tool – BAT* (Sinval *et al.*, 2022), ou ainda a Escala Brasileira de Burnout – EBBurn (Cardoso; Baptista, 2023), de usufruto exclusivo da psicologia. Porém, por mais complexo que ainda o seja o estabelecimento do nexo causal entre trabalho e saúde/doença (Ribeiro, 2024), efetuá-lo está refém de uma certa institucionalização, que ainda pouco se dá da forma como necessaria ser: intersetorial, multiprofissional, transdisciplinar e que se valesse do saber cognoscente dos(as) trabalhadores(as).

A título de exemplo, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) vai entender nexo de causalidade de uma forma, a Justiça do Trabalho de outra, ao passo que na Saúde a apropriação desde os anos 1990 da Classificação de Schilling (1984), que melhor tem nos respondido ante a ideia superada do nexo causal entre trabalho e saúde/doença como causalidade-efeito direta e necessária. No caso do *burnout*, e em termos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRTs), este último serve como provocador de distúrbio latente ou agravador de doença já preestabelecida. Desse modo, não mais nos interessa se o agravo ou adoecimento é “do trabalho” ou “de fora dele”, mas sim qual, a relação e o grau de importância e relevância do trabalho para o agravamento ou mesmo desencadeamento de uma psicopatologia.

Deve-se romper com a visão de causa-efeito direta. Um(a) fator/causa pode ter diversos efeitos, como várias causas, um efeito ou ainda múltiplas causas e múltiplos efeitos. A noção de nexo causal ainda nos é muito complexa, pois insistimos na busca da relação direta, no nexo etiológico, quando na verdade devemos buscar a etiopatogenia, ou seja, o pareamento entre a história de vida com a história laboral afim de buscarmos os marcadores do processo de agravo e adoecimento. Afinal, como nos dizia Laurell (1976), a dificuldade reside em entendermos o que acontece nessa “caixa preta” em que o social entra de um lado e o biológico sai de outro.

Então, o desafio do nexo causal em matéria de *burnout*, passa pela superação do modelo biomédico para o biopsicosocial que incorpora o modelo da determinação social do processo

saúde/doença, buscando o entendimento dos fatores de riscos psicossociais de forma intersetorial, multiprofissional, transdisciplinar e que parte do conhecimento dos(as) trabalhadores(as). Os saberes dos trabalhadores ainda não são incorporados, há pouca escuta. O foco tem sido mais na observação do corpo desse/dessa trabalhador(a) e menos no que esse tem a dizer sobre a forma como apreende seu próprio processo de adoecimento. Como nos diz Lima *et al.* (2002), é sobretudo, para a organização do trabalho que devemos dirigir o nosso olhar. Ou melhor, o que devemos tentar compreender é o modo pelo qual se articulam as características pessoais e certas condições de vida e de trabalho, sem jamais desconsiderar a prioridade ontológica das últimas sobre as primeiras.

O tratamento do *burnout*, tal como preconizado no Manual das Doenças Relacionadas ao Trabalho do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), foca em psicoterapias, medicação, mas principalmente nas intervenções psicossociais que se deem sobre a organização do trabalho. Como diria Luigi Devoto, criador da *Clínica del Lavoro* em Milão: “doente está o trabalho e não os trabalhadores”.

A prevenção do *burnout*

A prevenção do *burnout* deve se dar em termos de uma prevenção primária, secundária e terciária de promoção à saúde mental. Fala-se muito de assistência, porém pouco sobre prevenção e promoção da saúde mental. Inclusive essas são nossas prerrogativas em nosso Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Organizações, Saúde, Trabalho e Educação (Laposte) na Universidade Federal Fluminense (UFF), em que buscamos integrar ensino-pesquisa-extensão pensando e articulando as formas de promover a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT). A detecção precoce, o rastreamento diagnóstico etc., se dão na forma como nos apregoava a saudosa e inesquecível Margarida Barreto: buscar saber se os TMRTs ocorreram com apenas uma pessoa, ou com mais pessoas em determinado processo organizativo.

Buscar o fato ponte desencadeador que fez com que a pessoa chegasse ao limite em que se perceba “burnoutado” nos atenta também ao controle do dano do ponto de vista terciário, em que se pese a busca ativa em termos dos benefícios previdenciários. Quando realizamos as perícias no âmbito da Justiça do Trabalho, procuramos e nunca encontramos um benefício previdenciário por incapacidade laboral sendo dado por Z73.0, mas sim por episódios depressivos, ansiosos etc., que, claro, também podem guardar uma relação com o trabalho, mesmo que também haja dificuldade no nexo causal, e podem, também ser a decorrência de um *burnout*.

Em suma, trazer à tona a questão seja do burnout ou dos demais TMRTs que acometem trabalhadores(as) no Brasil é a tarefa honrosa que faz com que a iniciativa do Observatório Nacional de Saúde Mental & Trabalho já seja bem-vinda. Urge reunirmos esforços coletivos por direitos humanos fundamentais, essenciais e sociais e pelo bem-viver, de modo que tão somente por esta via, coletiva, é que então poderemos respostas assertivas à problemas tão complexos tal como o *burnout* e os demais TMRTs nessa etapa capitalismo neoliberal à deriva. Enfrentemos os desafios impostos, apoiados nos versos da célebre canção “Meu Caro Amigo” de Chico Buarque: “[...] e a gente vai se amando, que também sem um carinho, ninguém segura esse rojão”.

REFERÊNCIAS

ALVES, G. *Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório*. Boitempo Editorial, 2015.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Elaboração e validação do ISB: inventário para avaliação da síndrome de burnout. *Boletim de psicologia*, v. 65, n. 142, p. 59-71, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização pan-americana da saúde (Brasil). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; OPAS, 2001.

CARDOSO, H. C.; BAPTISTA, M. K. *EBBurn Escala Brasileira de Burnout*. São Paulo: Votor Editora, 2023.

DE LA BOÉTIE, E. *Discurso sobre a servidão voluntária*. Edipro, 2020.

FRANÇA, E. B. et al. Tradução para a língua portuguesa da 11a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11). *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 26, p. e230043, 2023.

GIL-MONTE, P. R.; CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Validação da versão brasileira do “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” em professores. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 1, p. 140-147, 2010.

HELOANI, R. *Gestão e organização no capitalismo globalizado. História da manipulação psicológica no mundo do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2003.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. *Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc.*, v. 84, p. 131-157, 1976.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job burnout. *Annual review of psychology*, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education, 1997.

RAMAZZINI, Bernadino. *As doenças dos trabalhadores*. São Paulo: Fundacentro, 2000.

RIBEIRO, B. C. Nexo causal entre trabalho e saúde/doença e o problema das perícias. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 49, p. e8, 2024.

SCHILLING, R. S. More effective prevention in occupational health practice? *J Soc Occup Med*, v. 34, n. 3, p. 71-9, 1984.

SCHUSTER, M. S.; DIAS, V. V. Oldenburg Burnout Inventory -validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 553-562, 2018.

SILVESTRE, J. et al. Atualização 2020 da lista de doenças relacionadas ao trabalho no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, v. 47, p. e11, 2022.

SINVAL, J. et al. Burnout Assessment Tool (BAT): Validity Evidence from Brazil and Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 19, n. 3, p. 1344, 2022.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 14, p. 213-221, 2009.

CAPÍTULO 8

ATENÇÃO AO SOFRIMENTO E AO ADOECIMENTO PSÍQUICO DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA

Álvaro Roberto Crespo Merlo

Introdução

Para compreender a relação entre o trabalho e a saúde mental é importante ter claro que o trabalho pode ser fonte de prazer e de realização, pode ser fonte de fruto causar sofrimento, adoecimento e morte. O trabalho nunca é neutro. Ou bem a ocasião de se realizar, ou bem a ocasião de se destruir. Evidentemente que tem nuances aí no meio, mas ele não é neutro. As pessoas não vão para o trabalho como vão para o bar da esquina ou para o supermercado. As pessoas pensam no trabalho antes de sair de casa.

Para que serve o trabalho? Do ponto de vista psíquico serve para a construção da identidade de cada um. A partir do momento que uma pessoa sai da adolescência e chega na vida adulta, essa identificação vai ser fundamental. O trabalho vai ser o grande espaço. E a identidade vai ser a “âncora” da saúde mental (Dejours; Bègue, 2010).

O trabalho é a ocasião de fazer revelar a si mesmo sensibilidades, que não estavam ali antes do trabalho. É importante lembrar que trabalhar não é apenas produzir, é transformar a si mesmo. Mas para que o trabalho possa transformar o indivíduo, através do reconhecimento, ele precisa ter algumas características. O que as pessoas esperam acima de tudo é uma retribuição moral. É a dimensão moral e simbólica que conta é que vai permitir o reconhecimento. A palavra-chave se chama reconhecimento.

Reconhecimento

O reconhecimento está ligado à valorização do investimento, do esforço e do sofrimento empregados no desenvolvimento do trabalho, que permite ao sujeito a construção de sua identidade. O reconhecimento é uma forma de retribuição que a organização do trabalho oferece ao trabalhador em contrapartida pela sua contribuição. Essa contribuição é produzida a partir da sua criatividade em desenvolver suas atividades no trabalho, que buscam diminuir a distância entre o trabalho real e o trabalho prescrito.

O reconhecimento passa por avaliações de julgamento, que são feitas por atores bem precisos, com os quais o indivíduo está em interação em seu trabalho. Este reconhecimento terá um papel sobre a construção da sua identidade. De reconhecimento em reconhecimento, o indivíduo ultrapassa etapas, com as quais ele transforma a si mesmo. Essa transformação se dá pelo olhar dos outros, mas, também, pelo olhar da sociedade, como alguém que progride ao longo de uma vida que se realiza. De tal forma que, após o trabalho, pelo reconhecimento do outro, a pessoa adquire um status melhor do que o que tinha antes. E uma dignidade, também, que, talvez, este indivíduo não tivesse até este momento.

O trabalho, também, é a ocasião de fazer revelar a si mesmo sensibilidades que não estavam ali antes do trabalho. Trabalhar não é apenas produzir. É transformar a si mesmo! E não é uma questão de fatalidade. É uma questão de tipo de organização do trabalho. O mundo do trabalho contemporâneo é marcado por novos modelos de gestão, com uma influência determinante do capital financeiro, que cria, muitas vezes, relações nos ambientes de trabalho marcadas por grande violência psicológica. Esses novos modelos de gestão levam ao desaparecimento dos coletivos de trabalho e ao isolamento das pessoas. E quando elas começam a “afundar-se”, ninguém vem ajudá-las (Gaulejac, 2007; Lordon, 2008, 2010).

O exemplo mais evidente é o uso do assédio moral como instrumento banalizado de gestão, que atinge ao processo de

reconhecimento descrito anteriormente, na medida em que promove a própria desumanização do indivíduo assediado (Freitas; Heloani; Barreto, 2008).

Para a Psicodinâmica do Trabalho vive-se hoje um processo de banalização do mal, com o sofrimento dos que trabalham em todas as atividades não restruturadas (taylorizadas, fordizadas) e o sofrimento dos que têm medo de não serem capazes de ter performance no trabalho, de não estarem à altura da exigências das novas organizações do trabalho, tais como: exigências de tempo, de cadência, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de conhecimento e diploma, de experiência, de rapidez de aquisição intelectual e prática, de adaptação à “cultura” ou a ideologia da empresa, às exigências do mercado, às relações com os clientes etc. (Soboll, 2008).

É importante lembrar, também, que o salário não é a coisa mais importante. Evidentemente que o salário precisa chegar ao fim do mês, mas mais importante que o salário é o reconhecimento no trabalho. De onde pode-se depreender que não ter trabalho é uma situação pior ainda do ponto de vista de saúde mental, pois não vai permitir esse espaço de reconhecimento. Eu me torno alguém através do olhar do outro. Mas tem que ser o olhar de alguém que tenha conhecimento na profissão, para poder julgar o que eu estou fazendo.

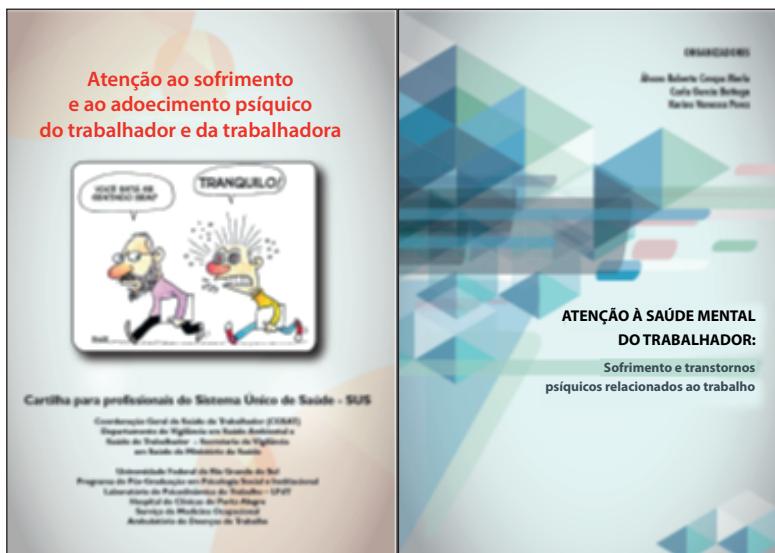
O importante é que se reconheça a qualidade do trabalho, não a quantidade. Isso é muito importante. Em muitas realidades de trabalho hoje, onde ele ocorre apenas com metas, na imensa maioria inatingíveis, esse espaço para o reconhecimento da qualidade do que o trabalhador faz está bloqueado. As metas não dizem quem eu sou. Por exemplo, se eu trabalho em um banco e eu preciso vender seguros, eu posso levar uma hora para vender um seguro ou posso levar um mês. Assim, todo o esforço que eu fiz, ele só vai ser reconhecido por alguém que conhece o meu trabalho, alguém que é do *métier*, alguém que é da profissão. As pessoas trabalham por esse reconhecimento, mesmo que elas, evidentemente, não tenham consciência disso.

Após o trabalho, pelo reconhecimento do outro, eu adquiri um status melhor do que o que eu tinha antes. É importante lembrar, também, que não é uma questão de fatalidade. Vai depender da organização do trabalho ao qual o trabalhador está submetido.

Nas realidades de trabalho brasileiras encontramos uma combinação de modelos de gestão “antigos” (taylorista-fordista), com a implementação de instrumentos dos modelos da reestruturação flexível, dentro de ambientes de trabalho que não superaram a insalubridade e a periculosidade. Avaliações individualizadas e apenas quantificadas não medem o trabalho em si, mas apenas os resultados quantitativos do trabalho.

Essa discussão está desenvolvida no livro “Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho” e na cartilha “Atenção ao Sofrimento e ao Adoecimento Psíquico do Trabalhador e da Trabalhadora”, que foram produzidos para o Ministério da Saúde (Merlo, 2013).

Figura 1



Fonte: <https://drive.google.com/drive/folders/1Mh98IUuZJ1doL1UcC6OneKwtBSLlw1sm?usp=sharing>.

Atenção à Saúde

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre funciona o Ambulatório de Doença do Trabalho, criado em 1988. Ele é um serviço de nível terciário, de retaguarda do Sistema Único de Saúde, onde os(as) pacientes/trabalhadores(as) chegam para a consulta a partir de encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde e atende em média 60 pessoas por semana. A demanda tem um perfil, predominantemente, de pacientes com patologias osteomusculares (LER-DORT), intoxicações e pneumopatias ocupacionais.

Esse perfil começou a se modificar nos últimos anos e tem aparecido com cada vez mais frequência trabalhadores com Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho e, mas grave ainda, com ideação suicida. Há dez anos atrás esses casos simplesmente não existiam. E essas pessoas não costumam ir à consulta com queixas de saúde mental. A primeira causa de consulta continuam sendo as patologias osteomusculares.

O(A) trabalhador(a) vem buscar atendimento, por exemplo, porque tem uma dor no ombro, e, no meio da consulta o(a) profissional pergunta: “Como estás no trabalho?” Essa simples pergunta muitas vezes desencadeia uma crise emocional, porque, pela primeira vez, essa pessoa teve um espaço onde ela conseguiu sair do processo de solidão que ela viveu até aquele momento.

Os novos modelos de gestão tendem a levar ao desaparecimento dos coletivos de trabalho e isso provoca o isolamento das pessoas. E quando elas começam a “afundar”, ninguém vem ajudá-las.

No velho e ruim taylorismo/fordismo, ainda havia coletivos de trabalho. Esses coletivos costumam ser espaços de proteção da saúde mental. Os novos modelos de gestão são produto de uma busca desenfreada de lucro do capital financeiro, em especial dos fundos investimento, que buscam uma lucratividade muito acima do que é possível obter nas bolsas de valores. Quando esses fundos entram em uma empresa, eles precisam

buscar uma lucratividade que não existe no mercado e vão exercer uma enorme pressão por produtividade. Uma pressão que começa nos executivos da empresa e desce para toda a cadeia de produção. A pressão por produtividade, muitas vezes, vai se mostrar completamente irracional, para quem está naqueles espaços de trabalho.

A partir daí vai se banalizar o uso do assédio moral como instrumento de gestão, atingindo o processo de reconhecimento no trabalho e promovendo a desumanização do indivíduo assediado.

É importante lembrar que o assédio moral, basicamente, diz que aquela pessoa não é gente. Ele faz exatamente o oposto do que é necessário para a construção da identidade e construção da saúde mental.

No caso do Brasil a situação é ainda mais grave, pois a história do trabalho é herdeira da escravidão, dentro de uma realidade de trabalho historicamente insalubre, perigosa etc. Esse modelo vai produzir um nível de rotatividade no trabalho e de pressão para a produtividade, que vai acontecer em cima de uma realidade que já não era boa.

Marie Pezé (2008), criou o conceito de “Doenças da Solidão”, para tentar explicar o que está acontecendo no mundo do trabalho atual. A partir do momento em que as pessoas são colocadas em competição umas com as outras, o colega ao lado não é mais um colega, ele vira um competidor. A mentira passa a se tornar algo aceitável, pois cada um tem que cuidar da sua própria carreira, cada um tem que lutar para se manter no emprego. Então, “passar a perna” no colega tornou-se algo aceitável.

É importante lembrar que avaliações individualizadas e apenas quantificadas não medem o trabalho em si, mas apenas os resultados dele. É importante lembrar, também, que para que se possa construir saúde mental no trabalho é necessário o julgamento da qualidade, não da quantidade de trabalho.

Pode-se resumir assim as principais fontes de agressão à saúde mental no trabalho atual:

- Pressão de tempo;
- Conflito permanente entre a qualidade do trabalho esperado e a quantidade a produzir;
- Densificação do trabalho e supressão dos tempos mortos;
- Frustração por não poder fazer um trabalho de qualidade;
- Permanente interrupção da tarefa para realizar uma tarefa mais urgente;
- Individualização das avaliações de produtividade;
- Desaparecimentos dos coletivos de trabalho.

É importante lembrar que os coletivos de trabalho são espaços protetores da saúde mental. Antes das transformações nos modelos de gestão, quando alguém entrava no espaço de trabalho triste, deprimido, habitualmente os(as) colegas vinham conversar, perguntar o que tinha acontecido etc. A tendência, atualmente, é as pessoas ficarem “olhando para os lados”, isto é, apesar de identificarem que o(a) colega está vivendo uma situação de sofrimento, buscam não se envolver. Isso vai levar a um processo de isolamento e solidão, que muitas pessoas vão ter uma grande dificuldade de lidar. E o que vai mal no trabalho é levado para casa, para as relações familiares, e perturba toda a vida.

O sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, nem sempre produz sintomas claros. O usuário-trabalhador pode apresentar apenas uma sintomatologia inespecífica, que pode ser confundida com várias outras doenças. Assim, é de extrema importância que se questione sobre a execução de sua atividade: como, quando e onde é realizada. Como se estabelecem as relações no ambiente de trabalho, a hierarquia, as exigências físicas e psíquicas.

Dificilmente a pessoa que busca um serviço de saúde irá associar, espontaneamente, suas queixas e sintomas com o seu trabalho. Por isso, é fundamental que o profissional de saúde sempre busque ver se, atrás de alguns sintomas genéricos, não se escondem dificuldades nas relações de trabalho.

A experiência dos serviços que atendem à saúde mental relacionada ao trabalho, tem mostrado que uma pergunta genérica pode “abrir a porta”, para que o trabalhador possa falar de seu trabalho, muitas vezes desencadeando crises de choro e de ansiedade.

O sofrimento produzido pelo trabalho não é facilmente identificável nos atendimentos e é importante que os profissionais possam ser formados para diagnosticá-lo, porque ele é o precursor do que vai acontecer depois, que vai ser a ampliação do número de casos de patologias osteomusculares, a expansão do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho e o risco de suicídio relacionado ao trabalho. Esse sofrimento psíquico nem sempre produz sintomas claros. O trabalhador pode apresentar uma sintomatologia inespecífica que pode ser confundida com outras doenças.

As pessoas chegam na maior parte das vezes, com sintomas genéricos:

- **Gerais:** insônia, “dor nas costas”, uso regular de bebidas alcoólicas, de cannabis ou tranquilizantes.
- **Físicas:** astenia, dores abdominais, dores musculares, dores articulares, distúrbios do sono, distúrbios do apetite etc.
- **Emocionais:** irritabilidade aumentada, angústia, ansiedade, excitação, tristeza, sentimentos de mal estar indefinidos etc.
- **Intelectuais:** distúrbios de concentração, distúrbios de memória, dificuldades para tomar iniciativas ou decisões etc.
- **Comportamentais:** modificação dos hábitos alimentares, comportamentos violentos e agressivos, fechamento sobre si mesmo, dificuldades para cooperar etc.

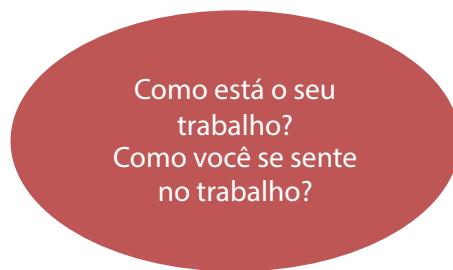
Risco de suicídio

Quem atende precisa estar atento(a) ao risco do suicídio e questionar sobre ideação suicida. O suicídio sobrevém, muitas vezes, após uma desqualificação da contribuição na esfera do trabalho, que o devido oferece à empresa e ao não reconhecimento do seu mérito pessoal.

Deve ser ação de todos os profissionais da saúde em seu cotidiano



O reconhecimento e a identificação de adoecimento relacionado ao trabalho através de uma escuta compreensiva e acolhedora que questione



Algumas recomendações para o atendimento podem ter um efeito imediato. É fundamental que a pessoa entenda que ela não mais está só. É importante fazer uma escuta compreensiva, para tirar o(a) paciente desse processo de solidão. Isso muitas vezes desencadeia na primeira consulta uma situação de crise, mas quando essa pessoa volta na reconsulta, ela costuma estar mais estruturada, porque aquele espaço inicial de escuta permitiu uma reflexão sobre a própria vida.

Como a maior parte dessas patologias são consequência do isolamento e da solidão, é necessário tirar o paciente o mais

rapidamente possível dessa situação. É importante separar o que é da história do trabalho e o que é da história individual, porque sempre vai ser um encontro dessas duas histórias.

Evidentemente que a história individual não vai justificar a agressão que o trabalho faz. Mas é importante separar. Os(as) pacientes chegam, muitas vezes, com sentimento de culpa. É fundamental que essas pessoas sejam acompanhadas. Isso precisa ser feito através de algum tipo de apoio psicoterapêutico. É importante que o(a) paciente saiba a porta do serviço vai estar sempre “aberta”, elas precisam saber que elas podem ser acolhidas quando precisarem. É importante lembrar que a saúde mental no trabalho não depende apenas do indivíduo.

Não costumam ser os(as) mais frágeis que correm mais risco. As pessoas que têm mais compromisso com o trabalho, para quem o trabalho é mais importante, são as que “quebram” mais facilmente.

REFERÊNCIAS

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. *Suicídio e trabalho: o que fazer*. Brasília: Paralelo 15, 2010.

FREITAS, M. E. de.; HELOANI, R.; BARRETO, M. *Assédio moral no trabalho*. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

GAULEJAC, V. *Gestão como Doença Social*. Ed. Ideias e Letras, São Paulo: 2007.

LORDON, F. *Capitalisme, désir et servitude*. La Fabrique Ed., 2010.

LORDON, F. *Conflits et pouvoirs dans les institutions du capitalisme*. Presses de Sciences Po, 2008.

MERLO, A. R. C. Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do Sistema Único de Saúde. Porto Alegre, 2013. (Colaboração com a Coordenação de Política de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde).

PEZÉ M. *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*. Paris: Pearson, 2010.

SOBOLL, L. A. P. (org.) *Violência psicológica no trabalho e assédio moral: pesquisas brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 9

VIGILÂNCIA E ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA COM FOCO NA SAÚDE MENTAL: necessidades e desafios

Adriana Skamvetsakis

Introdução

No cotidiano dos serviços de saúde, as demandas por cuidado e intervenções em Saúde Mental e Trabalho são crescentes. As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) são de extrema importância para avaliação da relação entre o sofrimento/ doença e o trabalho e para a tomada de decisão quanto ao planejamento e execução das intervenções que visam à promoção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis aos trabalhadores e às trabalhadoras. Visando identificar as principais demandas e ações em Saúde Mental e Trabalho desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, foi realizado um inquérito com os Cerest do país. Dos 34 serviços que responderam, 58,8% eram regionais; 79% possuem profissional com atuação em Saúde Mental, predominantemente psicólogos(as) e médicos(as); as principais solicitações recebidas pelos Cerest se referem à VISAT e os agravos mais notificados são Outros transtornos ansiosos.

Somente 6 Cerest utilizam instrumentos de avaliação nas vigilâncias de ambientes e processos de trabalho. “Profissionais qualificados e comprometidos” apareceu como uma das facilidades mais frequentes, enquanto a articulação/partneria com a

Rede de Atenção à Saúde (RAS), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) foi apontado como dificuldade. Quanto às recomendações fornecidas aos trabalhadores e aos empregadores, percebe-se que a maioria não está direcionada à organização e gestão do trabalho. Em relação às articulações dos Cerest, as respostas foram positivas com as Vigilâncias em Saúde, mas são pouco expressivas com o controle social/sindicatos. É compreensível que profissionais das equipes de Cerest e de outros pontos da RAS busquem a publicação por órgãos oficiais de guias ou diretrizes norteadoras das ações a serem desenvolvidas pela RENAST.

A Saúde do Trabalhador é um campo da saúde coletiva que conta com diretrizes para sua efetivação como política pública e temática, definidas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e pela Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Tanto a PNSTT como a RENAST demarcam a transversalidade da saúde do trabalhador e a necessária interlocução com as demais políticas do Sistema Único de Saúde (SUS), com outros setores e com o controle social.

Todas as situações que destacam o trabalho como determinante social da saúde são complexas e, de certa forma, conflituosas. Ao abordarmos o sofrimento psíquico relacionado ao trabalho ou os transtornos mentais relacionados ao trabalho, a complexidade ganha intensidade e os desafios se tornam maiores.

No cotidiano dos serviços de saúde, as demandas por cuidado e intervenções em Saúde Mental e Trabalho são crescentes. As ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) são de extrema importância para avaliação da relação entre o sofrimento/doença e o trabalho e para a tomada de decisão quanto ao planejamento e execução das intervenções que visam à promoção de ambientes de trabalho mais seguros e saudáveis aos trabalhadores e às trabalhadoras.

Sendo um dos componentes da Vigilância em Saúde, concordamos com Gomez, Vasconcellos e Machado (2018) quando afirmam:

É na Visat que reside a capacidade de transformar a realidade do mundo do trabalho. Com ela se conhece a realidade da população trabalhadora e os fatores determinantes de agravos à sua saúde, de modo a intervir sobre eles. O impacto das medidas adotadas subsidia a tomada de decisões dos órgãos competentes dos governos e, ainda, aprimora os sistemas de informação existentes em ST. A Visat, além disso, enquanto prática interdisciplinar, multiprofissional, interinstitucional e intersetorial, ao ultrapassar os limites do setor saúde, embora subordinada a seus princípios, amplia o raio de ação do SUS, fazendo valer sua concepção original de sistema.

Neste sentido, refletir sobre as necessidades e desafios da Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com foco na Saúde Mental é fundamental para avançarmos, uma vez que a realidade da RENAST é multifacetada, ao mesmo tempo em que há iniciativas e experiências bem-sucedidas, outros serviços demonstram alguma dificuldade em executar as ações de VISAT.

Objetivos

Geral

Identificar as principais demandas e ações em Saúde Mental e Trabalho desenvolvidas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Específicos

Identificar quais profissionais das equipes dos Cerest estão envolvidos com as ações de saúde mental e trabalho.

Conhecer as potencialidades e dificuldades referidas pelos Cerest no que se refere às ações de vigilância em saúde do trabalhador com foco na Saúde Mental.

Potencialidades e dificuldades dos CERESTs

Diante da perspectiva de realização da *Oficina – Observatório Saúde Mental e Trabalho: reunindo esforços por direitos e pelo bem viver*, que ocorreu em Curitiba/Paraná, no período de 6 a 8 de dezembro de 2023 e da sensação de persistentes lacunas na prática da STT com foco na saúde mental, foi realizado um inquérito com os Cerest do país para conhecer as abordagens desse tema por estes serviços. Um questionário composto por vinte questões, sendo 14 objetivas e 6 abertas, incluindo a identificação do Cerest respondedor, foi criado por meio do Google Forms. A divulgação do link para as respostas se deu pelo envio de mensagem para o endereço eletrônico dos Cerest, aplicativos de mensagens e mídias sociais. A coleta de respostas ao questionário ocorreu no período de 17.11.2023 a 12.12.2023. Para a análise das respostas utilizou-se análise quantitativa (percentual) e qualitativa (análise de conteúdo).

No momento do inquérito, a Renast estava composta por 212 Cerest (27 estaduais/distrital e 185 regionais/municipais). Fizeram o retorno dos formulários, 34 Cerest (16,1% do total). Entre os respondentes, 6 eram Cerest estaduais (17,6%), 8 (23,5%) municipais e 20 (58,8%) eram de abrangência regional. Em relação à Unidade Federativa, a maioria respondeu estar localizado em São Paulo (N=12; 35,3%), 5 (14,7%) no Paraná, 4 (11,8%) em Minas Gerais, 3 (8,8%) no Rio Grande do Sul, 3 (8,8%) em Santa Catarina, 2 (5,9%) no Amazonas; ainda foram obtidas respostas de 1 Cerest dos seguintes estados: Bahia, Ceará, Mato Grosso, Piauí e Tocantins (cada um correspondendo a 2,9%).

Para a pergunta “Equipe possui profissional com atuação em Saúde Mental?” foi a resposta de 79% (N=27) dos serviços responderam que “sim”. Quanto aos profissionais existentes na equipe, 15 (55,5%) assinalaram apenas uma formação

profissional, sendo que psicólogo(a) foi assinalado por 10 dos respondentes, seguido por médico(a) com 3 respostas, assistente social e terapeuta ocupacional com 1 resposta cada. Quando assinalada mais de uma formação profissional, psicólogo(a) está presente em 22 das equipes (81,5%), médico(a) em 9 serviços (33,3%), assistente social em 5 (18,5%) e terapeuta ocupacional em apenas 2 Cerest (7,4%). Percebe-se que a questão da saúde mental é vista como pertencente a algumas categorias profissionais, de quem se espera possuir o domínio do tema, contrastando com o que afirmam Vasconcelos e Faria (Vasconcelos; Faria, 2008, p. 453): “A compreensão da relação entre trabalho e Saúde Mental tem sido, há várias décadas, objeto de estudo de pesquisadores das áreas de psicologia, psiquiatria, antropologia, sociologia, administração, entre outros”.

Quanto à(s) “principal(is) solicitação(ões) em Saúde Mental e Trabalho recebida(s) pelo Cerest?”, era possível assinalar mais de uma opção. Em primeiro lugar, apareceram questões de VISAT (40 citações), sendo que 20 responderam “notificação de transtorno mental relacionado ao trabalho” e 20 “vigilância mas ambientes e processos de trabalho”. “Apoio matricial em saúde mental e trabalho” foi citado 20 vezes pelos serviços. Na sequência, aparecem como solicitações para os Cerest: “atendimento individual” (N=18), “formação/ qualificação/ capacitação/ atualização” (N=14), “atendimento coletivo” (N=2) e “abertura de CAT” (N=1).

Foram obtidas 47 respostas à questão “Qual o agravo de saúde mental mais notificado em sua região de abrangência?”, sendo que os agrupáveis como “Outros transtornos ansiosos” foram os mais citados (N=14; 29,8%), seguidos por “Burnout” (N=8; 17%) e por “Depressão/Episódio ou Transtorno depressivo” e “Reações ao “stress” grave e transtornos de adaptação”, com 4 citações cada (8,5%). Outros agravos, incluindo “alcoolismo”, “transtorno mental comum”, “esgotamento emocional”, foram citados apenas uma vez. Em 7 respostas, foram citados “riscos psicosociais”, como assédio moral, assédio organizacional,

demandas de trabalho excessiva. Ainda foram encontradas respostas inconsistentes e agravos inespecíficos.

Os agravos identificados com maior número de notificações pelos Cerest respondentes já eram apontados por Souza e Bernardo (Souza; Bernardo, 2019, p. 2):

Depressão, tentativas de suicídios, uso abusivo de álcool e drogas, estresse, crises de ansiedade, fadiga e esgotamento profissional estão se tornando cada vez mais comuns e há muitas evidências da relação entre essas expressões do sofrimento humano e as formas de organização do trabalho existentes na atualidade.

Assédio moral (N=28) aparece como a resposta mais citada à pergunta “Qual(is) a(s) principal(is) demanda(s) em Saúde Mental e Trabalho recebida(s) pelo Cerest?”. Sofrimento psíquico e conflito(s) no ambiente de trabalho foram citados 19 vezes, Burnout em 16 respostas, estresse pós-traumático em 15 e assédio organizacional em 14. Com citações em menos de 10 respostas, aparecem “outras violências relacionadas ao trabalho” (N= 9) e “tentativa de suicídio/suicídio” (N=6). Somente 1 Cerest respondeu “nenhum”.

Entretanto, somente 7 (20,6%) Cerest afirmaram já ter realizado alguma investigação de óbito decorrente de transtorno mental/sofrimento mental relacionado ao trabalho.

Em relação às ações de VAPT (Vigilância aos Ambientes e Processos de Trabalho), foi questionado “qual(is) método(s) é(são) utilizado(s) pela equipe?”, a resposta mais frequente foi “observação direta do processo e trabalho”, que foi citada 25 vezes, seguida por “análise documental”, com 24 citações. “Entrevista/escuta individual com trabalhador(a)” apareceu em 21 respostas e “entrevista/reunião com chefia(s)/gestor(as/es)” em 17, enquanto “entrevista/escuta com grupo de trabalhadores/trabalhadoras” obteve somente 9 respostas. “Entrevista/reunião com membros da CIPA” e “com profissionais do SESMT” foram citados em 7 respostas. Entre as opções de resposta, foram nomeados testes e questionários, sendo assinalados por somente 6 Cerest,

com as seguintes especificidades: 4 responderam aplicar o Questionário de Identificação do Usuário e de Condições de Trabalho, 2 aplicam o Questionário de Identificação de Transtornos Mentais Comuns – SRQ-20, 1 utiliza o Inventário sobre Trabalho e Risco de Adoecimento – ITRA e 1 outros Questionários desenvolvidos pela equipe de trabalho do Cerest.

Estes instrumentos de avaliação (Questionários e Inventário) são elencados e aprofundados no Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho publicado pela Secretaria Estadual de Saúde da Bahia em 2014 (Bahia, 2014). As ações de VAPT com foco na saúde mental requerem especial atenção dos profissionais que a realizam, considerando a “invisibilidade” dos riscos psicossociais, como bem orienta o referido Protocolo (Bahia, 2014):

A inspeção no ambiente de trabalho tem por objetivo identificar situações de risco para a saúde mental do(a) trabalhador(a) e/ou do coletivo de trabalhadores. Para tal, deve-se investigar as características e dinâmicas do ambiente físico, os processos de trabalho, as relações no trabalho e fatores psicossociais que possam estar associados ao adoecimento mental. Isso inclui: conhecer a organização do trabalho; identificar os fatores psicossociais existentes e comportamentos ou condutas de indivíduos que podem ter desencadeado ou contribuído para o adoecimento do(a) trabalhador(a). O contato com os companheiros de trabalho, com o empregador e seus prepostos deve ser munido de um olhar crítico, buscando de forma indireta obter resposta aos questionamentos surgidos durante a avaliação do(a) trabalhador(a).

Que tipo de articulações existem do Cerest com outros serviços? 44% responderam “sim” em relação à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e 41% disseram que não. Certamente, essa é uma articulação que merece atenção e ampliação. Com a Vigilância em Saúde, as respostas positivas atingiram 94%, sendo 80% com a instância municipal. Em relação ao componente da Vigilância em Saúde, 70% responderam tanto Vigilância Sanitária quanto Vigilância em Saúde do Trabalhador. Quanto à articulação

com o controle social e sindicatos, que representam a população trabalhadora, a maioria ($N=20$, 58,8%) respondeu existir esta parceria. Também foi questionada se há parceria/articulação com universidades/academia, sendo obtidas 14 respostas afirmativas (41,2%), enquanto 19 (55,8%) disseram não ter essa aproximação com os espaços de pesquisa.

No que diz respeito às facilidades/potencialidades do Cerest na abordagem Saúde Mental e Trabalho, 9 foram referentes aos profissionais da equipe e seu comprometimento, 6 respostas citaram a assistência prestada ao(à) trabalhador(a) pelo Cerest e 2 sobre o encaminhamento para a Rede de Atenção à Saúde (RAS); 4 respostas tratavam de matrículamento, capacitações e pesquisa; 2 citaram a experiência em VAPT; 6 afirmaram não ter “facilidades/potencialidades” ou não desenvolver ações nesta temática; 1 Cerest citou as reuniões intersetoriais e outro a possibilidade de negociação com os locais de trabalho sobre os fatores de risco; outras 3 respostas citaram palestras, benefícios revertidos aos trabalhadores e políticas específicas para os agravos com maior prevalência.

Como dificuldades, 11 Cerest enviaram respostas apontando para a articulação/parceria com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), Rede de Atenção Psicossocial(/RAPS) e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); a falta de profissionais/ equipe insuficiente apareceu em 7 respostas; 3 serviços referiram “pouco conhecimento/insuficiência de formação” sobre o tema; 4 respostas tratavam da notificação dos casos e 4 das intervenções em ambientes de trabalho; 2 citaram a ausência de um guia/documento orientador; 2 fizeram referência ao desconhecimento dos usuários; 1 citou explicitamente a dificuldade de estabelecer nexo com o trabalho; 1 resposta referiu dificuldades com a gestão, 1 apontou para o espaço físico, 1 resposta apontou para a não aceitação da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) pelo INSS e outra citou o “medo do trabalhador perder o emprego”.

Cabe destacar que tanto as facilidades como as dificuldades citadas pelos Cerest respondedores na abordagem da saúde Mental e Trabalho demonstram a complexidade da área, ao mesmo

tempo indicam caminhos para superação, como explicitam Bernardo e Garbin (Bernardo; Garbin, 2011):

o potencial dos diversos níveis de atenção do SUS para o desenvolvimento de ações sobre problemas de saúde mental relacionados ao trabalho é enorme. Para que isso ocorra, no entanto, ainda é necessário que essa questão seja, de fato, vista pelos gestores e profissionais do SUS em toda a sua dimensão e complexidade, envolvendo a militância dos profissionais e do movimento social que, historicamente, defenderam a proteção e o cuidado na área da saúde mental e da saúde do trabalhador.

As últimas perguntas se referiam às orientações/recomendações fornecidas aos trabalhadores e empregadores. Em sua maioria, as orientações aos trabalhadores foram inadequadas ou insuficientes, tais como: “adequação da rotina de trabalho frente às queixas, resolução de conflitos e demais orientações”, “orientar a cada paciente cliente a buscar ajuda profissional na área”, “reavaliação da atuação nos processos de trabalho”, “procurar ajuda especializada, para que se possa notificar, denunciar ao sindicato da categoria”, “orientações de como procurar ajuda psíquica”, “procurar apoio na rede (busca de tratamento especializado)”, “orientação no sentido de se posicionar e informar aos órgãos competentes o que está vivenciando no ambiente de trabalho”, “apoio e capacitação direcionadas para a melhoria dos processos de trabalho e meio ambiente para evitar acidente de trabalho e criar uma boa vivência laboral”, mas também foram identificadas orientações cabíveis, como exemplificamos: “orientações de saúde, direitos trabalhistas, previdenciárias, jurídicas”, “denúncia, coleta de provas, afastamento do trabalho”, “denúncia ao Ministério Público do Trabalho (MPT), levantamento de provas documentais e testemunhais para o MPT”, “atendimento com psicólogo e médico do trabalho, a depender do caso abertura de CAT e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e encaminhando para outro serviço da RAS (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ou Unidade Básica de Saúde

– UBS)”, “noções sobre adoecimento mental no trabalho; o papel da organização do trabalho no adoecimento; os impactos da negociação do Cerest na empresa; a busca pelo sindicato quando necessário”.

Ao empregador, as recomendações citadas podem ser agrupadas em “propostas de melhorias em ambiente de trabalho”, “prevenção de assédio moral/organizacional no ambiente de trabalho”, “readaptação para outra atividade”, “novas atribuições da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes – CIPA”, “palestras e material educativo sobre saúde mental”, “recomendações sobre segurança em geral e norma regulamentadoras”, “nenhuma”, “criação de espaço de escuta e de programas de atenção em saúde mental”, “cumprimento das legislações”, “mudanças na gestão e organização do trabalho”.

Tais recomendações e condutas apontadas pelos Cerest merecem análise mais aprofundada, pois contrastam com a ideia de intervir prioritariamente na organização do trabalho, como explica Leão e Gomez (2014) “uma atuação que vise minimizar as manifestações de sofrimento necessita dar mais relevo à organização e gestão do trabalho, pois esse é o elemento que define regras e funções para todo o sistema funcionar”.

Considerações finais

É preocupante a pouca articulação com o controle social/sindicatos, bem como a pouca escuta coletiva de trabalhadores e da CIPA durante as ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho, já que “a compreensão do universo de trabalho a partir da identificação, pelos trabalhadores, dos aspectos positivos e negativos que o conformam possibilita entender os impactos dos processos de trabalho na sua subjetividade” (Bahia, 2014).

Araújo, Palma e Araújo (2017) apontam que

Articulações entre os diferentes atores da VISAT são necessárias para uma mudança efetiva que alicerce a adoção de novos modelos de intervenção e a estruturação de leis

específicas que coloquem no centro da discussão a própria organização do trabalho e a necessidade de regular as relações que se tecem no seu interior de modo a promover e proteger a saúde dos trabalhadores (p. 3242).

Assim, a busca da superação dos possíveis entraves na integração da rede de atenção à saúde é urgente.

Para além da insuficiência de qualificação/formação para abordagem da saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras, como apontado por algumas respostas, “parece haver relutância por parte do poder público, [...] e dos próprios trabalhadores em considerar os contextos macros e microssociais, e assumir que o trabalho pode agir negativamente sobre o psiquismo de quem trabalha”.

Sem dúvida, há muito a ser feito para aprimorar e ampliar as intervenções que já vem sendo realizadas, “incorporando estratégias de identificação e atuação sobre os fenômenos relativos ao sofrimento originado nos processos de trabalho, [...] de modo a integrar a saúde mental nas ações da vigilância em saúde” (Leão; Gomez, 2014).

Considerando que “as ações nesta área, sejam no plano assistencial ou da proteção, se dão diretamente no núcleo do sistema capitalista, ou seja, na relação capital-trabalho” (Bernardo; Garbin, 2011), é compreensível que profissionais das equipes de Cerest e de outros pontos da RAS busquem a publicação por órgãos oficiais de guias ou diretrizes norteadoras das ações a serem desenvolvidas pela RENAST.

REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, T. M.; PALMA, T. F.; ARAÚJO, N. C. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. *Cien Saude Colet.*, v. 22, n. 10, p. 3235-3246, 2017.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. *Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho*. Salvador: DIVAST, 2014. 60 p. (Caderno de Saúde do Trabalhador. Série Vigilância da Saúde do Trabalhador). Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/ProtocoloSaudeMentalTrabalho_WEB_FINAL_2014.pdf

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. D. C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Rev Bras Saude Ocup.*, v. 36, n. 123, p. 103-117, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsc/a/Ym7kpRZmty9fFxPkLVg4hPC/?format=pdf&lang=pt>

GOMEZ, C. M.; VASCONCELLOS, L. C. F.; MACHADO, J. M. H. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet.*, v. 23, n. 6, p. 1963-1970, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04922018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04922018>

LEÃO, L. H. C.; GOMEZ, C. M. The issue of mental health in occupational health surveillance. *Cien Saude Colet.*, v. 19, n. 12, p. 4649-4658, 2014. DOI: 10.1590/1413-812320141912.12732014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141912.12732014>

SOUZA, H. A.; BERNARDO, M. H. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Rev Bras Saude Ocup.*, v. 44, e26, 2019. DOI: 10.1590/2317-6369000001918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>

VASCONCELOS, A.; FARIA, J. H. Saúde mental no trabalho: contradições e limites. *Psicol Soc.*, v. 20, n. 3, p. 453-464, 2008.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 10

VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO: o que temos e o que poderemos construir?

Tânia Maria de Araújo

Introdução

Este capítulo tem o objetivo de discutir aspectos relativos ao conhecimento produzido, aos dispositivos existentes nacional e internacionalmente para o enfrentamento dos problemas de saúde mental em populações de trabalhadores e trabalhadoras, e às ações e lacunas da vigilância em saúde mental e trabalho no Brasil.

A Oficina realizada pelo Observatório Saúde mental e Trabalho permitiu, por um lado, a abordagem e o debate dos problemas de saúde mental e trabalho mais frequentes na nossa realidade e, por outro, também trouxe uma ampla contextualização do momento atual das relações laborais em um mundo globalizado, regido pelo modelo de precarização social do trabalho (Franco; Druck; Seligmann-Silva, 2010; Druck, 2011; Druck, 2016; Kalleberg, 2018).

Assim, dando sequência ao debate sobre aos muitos aspectos trazidos na abordagem do tema de “Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora com foco na Saúde Mental – necessidades e desafios”, no qual um conjunto valioso de reflexões já foi apresentado, explorarei agora esse problema com foco na “Vigilância em Saúde Mental e Trabalho: o que temos e o que poderemos construir?

A sistematização dessas reflexões se iniciou no último RENASTÃO – Encontro da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, que ocorreu em Brasília, em novembro de 2024, organizado pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador,

Secretaria de Vigilância e Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde (CGSAT/SVSA/MS). A ideia central é pensar a vigilância em saúde mental e trabalho a partir da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (RENAST). Assim, a apresentação tem a finalidade de discutir o que temos sistematizado em termos de evidências empíricas, de documentos regulatórios, de práticas e de dispositivos para realizar ações de vigilância; em outras palavras: de onde partimos para fazer essa vigilância na RENAST; além disso, também serão discutidos alguns nós críticos novos ou persistentes e, por fim, serão delineados algumas possibilidades e alternativas para os avanços necessários.

Para pensarmos a vigilância em saúde mental e trabalho, o primeiro e mais definitivo passo é explicitar o ponto de partida para a definição do conceito “saúde mental”. As apresentações pré-vias da Oficina trouxeram dimensões e aspectos do que estrutura a saúde mental, destacaram a centralidade do trabalho na construção de identidade (Dejours, 1992; Seligman-Silva, 1994). É um ponto de partida relevante: assumir o pressuposto que o trabalho é fator estruturante das nossas possibilidades na vida: nos permite construir significados e sentimentos de utilidade, assegurar nossa sobrevivência e as relações sociais. É importante também nos debruçarmos sobre a saúde mental: qual é a nossa concepção de saúde mental? A concepção na qual nos ancoramos nessa definição estrutura do que focalizaremos, dos pontos de foco no nosso olhar. Se a vigilância é o ato de vigiar, então, as concepções do que entendemos como relevante direciona o olhar do que verificar, do que olhar do que monitorar.

Assim, é importante delimitar que, na nossa compreensão, a saúde mental não é algo que acontece, isoladamente, na cabeça das pessoas. A saúde mental decorre de processos de construção que são atravessados pela cultura, passam por valores e crenças dos grupos aos quais pertencemos, passam pelas possibilidades que os contextos oferecem ou inviabilizam, passam pelo acesso a bens e serviços. A saúde mental refere-se a um modo de existir (Figura 1). Desse modo, não é apenas um modo de existir do sujeito; é um modo de existir do sujeito em relação a outros sujeitos. Depende do que valorizamos ou desvalorizamos nos modos de existir particulares.

Essa é uma questão crucial, porque o bem-viver grafado no título da nossa Oficina deve ser promovido a partir do reconhecimento de determinadas habilidades, de ações que permitam adquirir essas habilidades e usar essas habilidades para lidarmos com as tensões da vida. Ou seja, sentir e expressar sentimentos é o próprio do humano em nós – diferentes sentimentos constituem possibilidades de vida humana: amor, raiva, ódio, ternura, alegria, tristeza, solidariedade, fazem parte da vida humana. Então, todas as tensões da vida são experimentadas a partir da mobilização desses sentimentos em processos contínuos de mudanças (Canguillhem, 2012; Ayres, 2016). Não existe uma vida somente de alegria, tampouco apenas de tristezas. Cada momento da nossa vida, seja pelo seu caráter inédito, seja pela repetição de situações agradáveis ou infelizes, criam tensões. Tudo é dinâmico e mutável. Eu, por exemplo, estou vivendo a tensão de ter uma filha indo morar sozinha, na sua própria casa, com total responsabilidade por mantê-la. De alguma forma, esse momento alcança uma finalidade desejada: a de criar uma filha para que ela siga, autônoma, sua própria vida. Chegar nesse ponto é maravilhoso e há muita alegria na vivência desse momento. Mas, por outro lado, isso também causa muita tensão: envolve um novo modo de existir que a gente terá que descobrir como é. O tempo todo lidamos com tensões. Assim, a concepção de saúde mental, ancorada na concepção de modo de existir, joga luz sobre a capacidade de, ao enfrentar as tensões da vida, conseguirmos identificar e mobilizar os recursos suficientes para superar a situação de tensão.

Figura 1 – Saúde mental

SAÚDE MENTAL

- Saúde mental não é apenas um atributo individual - **Saúde mental** diz respeito a um **modo de existir**

- Então, refere-se a um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de **reconhecer e usar suas habilidades** para **lidar com as tensões** da vida e contribuir com as comunidades em que está inserido

- Diz respeito à capacidade de levantar-se das rasteiras que a vida nos dá --- a ideia de **COLETIVO** tem particular relevância



Então, a vida é movimento para cima e para baixo, e nossa tarefa é encontrar um equilíbrio que nos permita nos reconhecer como capazes de encontrar boas razões para seguir adiante. Uma boa definição para saúde mental pode vir da ideia de que saúde mental refere-se à capacidade da gente se levantar das rasteiras que a vida nos dá. A essência dessa ideia não vem da perspectiva de não cair, mas sim da possibilidade que, uma vez no chão, a gente consiga se levantar. Essa possibilidade tem estreita relação com o nosso contexto, com a possibilidade de que os coletivos aos quais nós pertencemos poderão, ou não, nos amparar nessa queda – se a gente tem esse apoio, se a gente não tem. Enfim, a primeira questão importante é partir de concepções potentes de saúde mental que nos permita realmente ter uma dimensão mais ampla dos processos envolvidos.

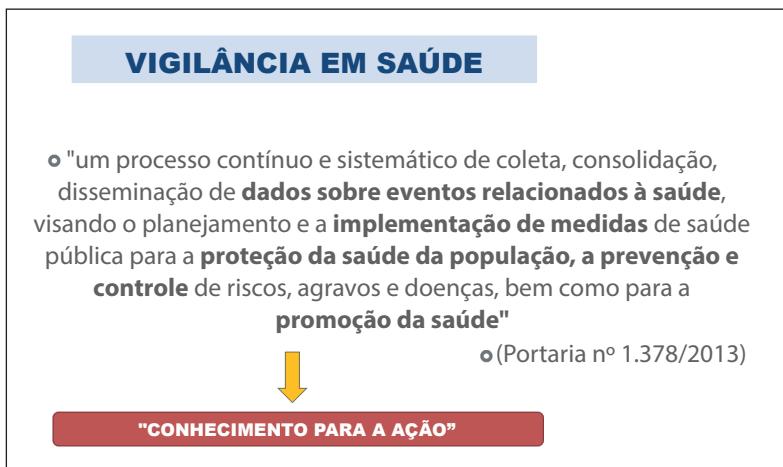
Logo, uma concepção que analise os processos coletivos de produção de subjetividade faz toda a diferença quando contraposta às concepções que limitam a ideia de saúde mental à capacidade de adaptação/inadaptação apenas das pessoas. Duas frases complementam minha ideia de aspectos relevantes para se pensar um conceito de saúde mental: uma da Dina Czeresnia “Saúde é potência para lidar com a existência” (Czeresnia; 2008, 2010) e de Ricardo Ayres “Ter saúde é ter projetos de vida” (Ayres, 2004). Então, quando o indivíduo está em algum tipo de trabalho repetitivo, predomina a ausência de sentido: ele acorda, vai para o trabalho, almoça, volta para o trabalho, vai para casa, dorme, acorda e recomeça a mesma rotina no dia seguinte. Uma rotina que não é apenas do cotidiano, mas, sobretudo, envolve um fazer sempre igual, mobilizando um mesmo conjunto de habilidades, muitas vezes associado ao uso intensivo apenas de partes específicas do corpo. Ou seja, no dia seguinte, repete o cotidiano apartado dos seus sentimentos de utilidade, parte de si vai morrendo porque não há vida sem planos, sem projetos: uma vida esvaziada. Então, essa dimensão da vida laboral é também relevante para a saúde mental: o trabalho deve nos possibilitar ter projetos de vida.

Se partimos desses pressupostos do que é saúde mental, poderemos avançar para a delimitação do que é a vigilância em

saúde mental. A vigilância caracteriza-se como um processo contínuo e sistemático de coleta de dados (registro), consolidação, análise de dados e comunicação/divulgação dos dados analisados (Figura 2). Ou seja, a vigilância inicia-se com a obtenção de dados que, por meio de esforços de sistematização e de análise, deverão se transformar em informação: informação para gestores(as) e para as populações envolvidas (Brasil, 2023).

A informação tem a função de direcionar ações para a promoção da saúde. Então, em poucas palavras, a vigilância é produção de conhecimento voltado para “vigiar” algo e produzir conhecimento para a ação.

Figura 2 – Conceito de Vigilância em Saúde



Na vigilância em saúde e trabalho no contexto brasileiro, há, pelo menos, duas dimensões implicadas nas ações: a vigilância dos agravos e doenças e a vigilância das condições/características que produzem ou intensificam esses agravos/doenças (Figura 3). Assim, uma dimensão é monitorar e vigiar **os agravos e doenças relacionadas ao trabalho**. As ações consistem em fazer o registro, identificar suas características – quem são as pessoas adoe-cidas, qual o perfil das populações afetadas, ocupação, setor de trabalho, características do agravo/doença e condutas realizadas.

Assim, vigiar o agravo é uma dimensão das ações de vigilância nesse campo. A outra dimensão é o monitoramento e vigilância das condições laborais que produzem os agravos e as doenças; ações para identificar os fatores que precisarão ser redimensionados no ambiente e na gestão do trabalho.

Figura 3 – Dimensões das ações de Vigilância de Saúde do Trabalhador/Trabalhadora

VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Há duas dimensões cruciais a serem enfrentadas para ações de vigilância SM & Trabalho:

- Desafios relativos à **vigilância dos agravos e adoecimento mental**
 - * Inexistência de **instrumentos e diretrizes nacionais** de identificação de casos.
 - * Registro de casos (sub-registro) - [estudo comparativo de registros de 2006 a 2012: 38 casos/INSS para 1 caso/SINAN]
 - * Completude dos registros (CNAE/ Ocupação)
 - * Notificação do registro na rede de serviços dos SUS - ainda centrada nos Cerest
- Desafios relativos a identificação e monitoramento das **exposições ocupacionais**



É crucial a atuação nessas duas dimensões da vigilância de modo integrado. Para efetivação de ações integradas nessas duas frentes de atuação é necessário o adequado dimensionamento das equipes da rede de atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora. Contudo, como sabemos, raramente as condições minimamente satisfatórias estão disponíveis. Em geral, predominam equipes restritas; para atuação em saúde mental e trabalho, a situação é ainda mais precária (Cardoso; Araújo, 2016). Apesar das diversas e múltiplas dificuldades enfrentadas, ainda assim, temos uma rede de atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora viva e atuante, com muitas experiências exitosas. Assim, é exatamente um olhar sobre as nossas possibilidades que eu gostaria trazer para nossa reflexão.

Então, cabe inicialmente nos perguntarmos: o que nós temos para intervir adequadamente nessas duas dimensões da

vigilância em saúde mental e trabalho? Um primeiro desafio a ser enfrentado – e o Observatório que estamos buscando consolidar poderá dar auxílio crucial nisso – é a inexistência de dispositivos, instrumentos e diretrizes nacionais de identificação de casos. Registra-se que, dentre os Agravos relacionados ao Trabalho (ART) incluídos na notificação obrigatória do SINAN desde 2006, os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT), é um dos poucos agravos que não tem um protocolo nacionalmente estabelecido de orientação de como identificar um caso, quais os procedimentos nessa vigilância ou no registro do caso. Até mesmo a definição do que está incluído como TMRT não foi bem estabelecido: em 2006, quando a notificação foi implantada, os TMRT estavam restritos, na descrição da Ficha de Notificação, aos transtornos de estresse pós-traumático. Porém, como os TMRT, concretamente, não se limitam a esse grupo, os estados e municípios criaram seus próprios procedimentos de notificação e uma lista dos TMRT a serem notificados.

Assim, cada localidade passou a registrar um conjunto diferente de adoecimento mental; enquanto outros ficaram restritos ao agravio constante na ficha. Esses procedimentos diversos e localizados constituem problema muito relevante quando se deseja estruturar um bom sistema de informação, pois compromete ou dificulta a comparabilidade – um aspecto decisivo para um sistema de informação. A comparação fica muito afetada com diferentes condutas. Este descompasso ainda precisará ser superado; precisaremos definir quais os agravos que devem ser monitorados. Obviamente, o procedimento mais adequado é registrar todos os tipos de agravos existentes, com o detalhamento necessário para sua vinculação com o trabalho, mas, para que isso ocorra, é necessário estabelecer definições prévias, o que, por sua vez, deve ser feito por meio de diretrizes nacionais.

Então, essa é uma tarefa importante para o Ministério da Saúde que é o órgão com competências para definir e implementar políticas de saúde do trabalhador e da trabalhadora. Cabe, portanto, ao conjunto das comunidades envolvidas nessa temática,

fomentar ações efetivas do Ministério nessa direção: ações que estabeleçam instrumentos e insumos para que os Cerests possam falar uma mesma linguagem e adotar os mesmos procedimentos. Este é um ponto importante e sua superação qualificará muito a vigilância em saúde mental e trabalho.

O registro de casos (no caso, sub-registro de casos) é outra questão a ser enfrentada porque, apesar do SINAN ter caráter universal, ainda não realizou esse intento. Os dados da notificação de casos evidenciam que o perfil da população notificada por TMRT no SINAN é constituído por trabalhadores(as) com carteira assinada, de cor branca, com níveis de escolaridade médio ou superior (Araujo; Palma; Araujo, 2017). Assim, os dados evidenciam que os(as) trabalhadores(as) informais ainda não estão adequadamente cobertos pelo sistema. Ademais, quando é comparado o número de casos de TMRT registrados, ano a ano, no Sinan e na Previdência Social – que cobre apenas segurados, trabalhadores(as) com carteira assinada -, observa-se um volume muito maior de casos pela Previdência. Isto reforça que ainda há muito o que se avançar no registro do SINAN.

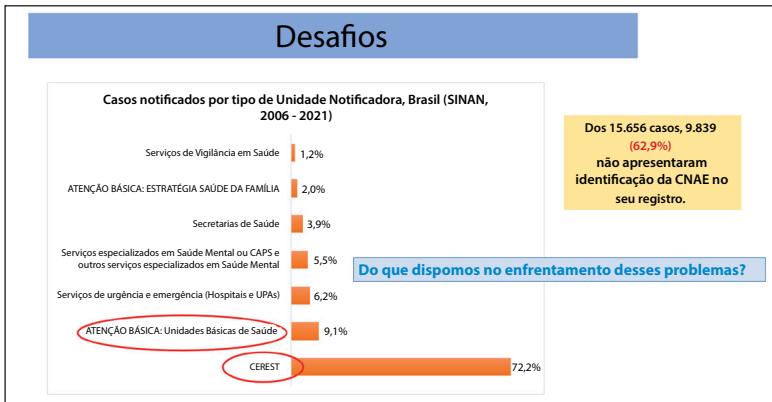
Em um estudo que fizemos comparando as notificações de TMRT entre 2006 e 2012, observamos que para cada caso registrado no SINAN, havia aproximadamente 38 casos na base da Previdência (Oliveira, 2014). Assim, fica evidente o sub-registro no SINAN. Essa diferença reduziu drasticamente nos últimos anos, com a melhoria da cobertura do SINAN, mas o problema do sub-registro ainda persiste. Outro problema é a ausência de comunicabilidade desses sistemas de informação. Não seria possível fazer *linkage* desses dois bancos? Ter campos que pudessem, automaticamente, ao registrar na Previdência, também enviar o registro para o SINAN? Os avanços tecnológicos são tão expressivos no contexto atual que é totalmente possível a gente pensar nisso: nessa conexão entre o sistema do Ministério da saúde e do Ministério do Trabalho. Enfim, o fato é que precisamos criar estratégias para tornar o SINAN uma ferramenta robusta, com ampla cobertura, capaz de desempenhar

papel central na vigilância epidemiológica, com o registro de todos os casos existentes.

Outra questão com relação ao registro de casos é a completnude da Ficha de Notificação. Na análise dos dados de TMRT do SINAN no período de 2006 a 2021, observamos que 62,9% dos casos notificados não tinham o setor econômico (CNAE) preenchido (Figura 4). Esse é um problema central, porque para identificar e monitorar o papel do trabalho nesse adoecimento, a informação do setor de trabalho do caso é crucial para identificar a origem de produção do adoecimento e para estruturar ações sobre os determinantes do adoecimento. Por que não tem a informação do trabalho? Porque é super complicado fazer esse registro lá no SINAN. A pessoa vai perder um tempão para encontrar essa informação (muitos dígitos e incluir). Se vivemos num contexto no qual lidamos com inteligência artificial, não seria possível resolver tecnologicamente esse problema para nos ajudar?

Outra limitação se refere ao âmbito ainda restrito dos serviços de saúde do SUS que fazem o registro de casos de TMRT. Como mostram os dados desse gráfico com as unidades notificadoras no período 2006-2021, os Cerests foram os responsáveis por 72,2% dos registros realizados (Figura 4). Ou seja, não houve avanços do registro na atenção primária; a gente não avançou para outros serviços que poderiam fazer esse registro. Então, este é um nó que também nós precisamos responder. Como o professor Álvaro assinalou mais cedo, avançaríamos muito se em cada atendimento feito na atenção primária, se perguntasse como é que está o trabalho da pessoa atendida; como é o trabalho dela – incluir essa questão na investigação clínica das queixas de saúde das pessoas, certamente permitiria intervenções mais qualificadas, considerando-se o trabalho como potencial fonte de produção de adoecimento, oportunizando atuar sobre a fonte produtora de dor e sofrimento. Mas seguimos focados apenas no indivíduo e na disfuncionalidade. Então, esses são os principais nós com relação à vigilância dos agravos.

Figura 4 – Distribuição percentual de casos (%) segundo unidade notificadora



Na outra dimensão mencionada, a da vigilância dos determinantes laborais e ambientais para os TMRT, o que temos? Com relação à vigilância dos ambientes psicossociais do trabalho, a primeira constatação é que estamos muito atrasados na identificação dos fatores que podem produzir adoecimento mental. No Brasil, ainda não temos dispositivos legais instituídos para a regulação dos fatores psicossociais do trabalho, como seria necessário e desejado. Nós não temos um protocolo para a investigação de caso de TMRT – como assinalei acima – tampouco temos diretrizes ou orientações claramente estabelecidas para o monitoramento das exposições no trabalho associadas aos TMRT.

Então, sinteticamente, destaquei acima os principais nós críticos para as ações de vigilância em saúde mental e trabalho no Brasil. Mas o que temos para enfrentar esses nós críticos?

Felizmente nós também temos muitos pontos positivos a nosso favor (Figura 5). Primeiramente, o campo de saúde mental e trabalho alcançou um bom nível de desenvolvimento científico: dispomos de boa maturidade científica com conhecimentos bem consolidados sobre a relação trabalho e saúde mental, com evidências robustas, produzidas no Brasil e no mundo, sobre os aspectos do trabalho que são produtores de sofrimento e adoecimento mental e aqueles aspectos que geram satisfação, realização

e sentimentos positivos. A literatura sobre esse tema está muito avançada, consolidada; as informações são consistentes, estão disponíveis e detalhadas sobre as dinâmicas e os processos conectando trabalho-saúde-doença mental. Ou seja, há uma maturidade nesse campo de conhecimento solidamente estabelecido, inclusive com estudos desenvolvidos nos contextos laborais brasileiros, que podem ser utilizados para orientar nossas intervenções.

Figura 5 – Documentos relevantes em saúde mental e trabalho

O que temos?

Boa maturidade do campo **SM & Trabalho**, com produção de **evidências empíricas sólidas** e **bons documentos** orientadores.

- **Experiências internacionais** de regulação dos fatores psicossociais do trabalho (EU, Colômbia, Mexico).
- **ISO 45003** - Guia para manejo dos riscos psicossociais no trabalho (2021).
- Documento OMS-OIT - **Saúde mental no Trabalho (Mental Health at Work)** (2022).
- CIPA (NR-5) - **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e de Assédio** (2022).
- **Experiências locais** bem sucedidas.



Outro aspecto a nosso favor é a disponibilidade de bons documentos orientadores que podem ajudar a melhor visualizar esse problema e as medidas a serem adotadas (Figura 6). Destaco, pelo grau de importância, os documentos de regulação dos aspectos psicossociais do trabalho. Mundialmente, nós temos várias experiências, inclusive na América Latina. No México, há a NOM-035 – Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención (link de acesso: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5541828&fecha=23/10/2018#gsc.tab=0). A Colômbia tem várias normativas para avaliar os aspectos psicossociais do trabalho, incluindo guias (<https://fondriesgoslaborales.gov.co/wp-content/uploads/2018/09/01-Guia-tecnica-general.pdf>) e protocolos (<https://www.fasecolda.com/cms/wp-content/uploads/2019/08/protocolo-determinacin-doriglas- patologas-derivadas-destrs-2014.pdf>).

A União Europeia instituiu o Inquérito Europeu às Empresas sobre Riscos Novos e Emergentes [EU-OSHA – European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks – ESENER] que é um amplo inquérito com a finalidade de analisar a forma como os riscos de segurança e saúde são geridos nos locais de trabalho europeus (<https://osha.europa.eu/en/facts-and-figures/esener>). Os fatores psicossociais são destacados neste inquérito.

Em síntese, há várias e boas iniciativas governamentais (Figura 6) que podem ajudar na regulação dos fatores que afetam a saúde mental no contexto brasileiro, exemplos que, inclusive, estão próximos de nós, vindo dos países vizinhos.

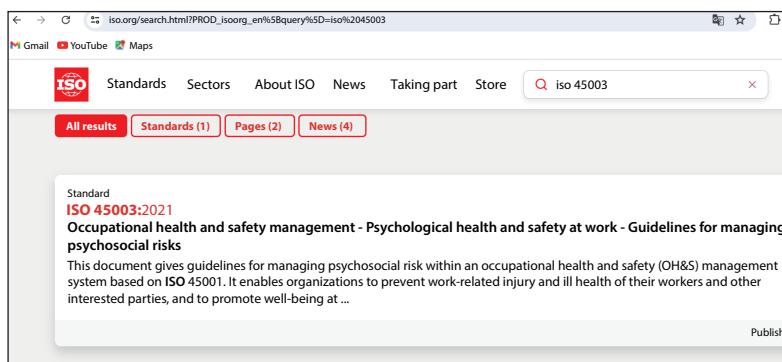
Figura 6 – Documentos de regulação de fatores psicossociais no trabalho



Adicionalmente, há importantes documentos de agências internacionais que também orientam ações. Por exemplo, um documento da ISO-*International Organization for Standardization*, publicada em setembro de 2021, a ISO 45.003 que focaliza os fatores psicossociais no trabalho e oferece um conjunto amplo de orientações sobre a gestão de riscos psicossociais, os concebendo como uma parte do sistema de gestão da saúde no trabalho (Figura 7). A ISO é uma organização que tem por finalidade

conferir certificação, selo de qualidade de boas empresas com boas condutas na gestão do trabalho. Como expresso no documento da ISO, a gestão dos riscos psicossociais deve envolver o redesenho dos processos de trabalho e não somente o ajuste de tarefas. O documento faz um detalhamento bastante interessante de vários aspectos – apoio social, *feedback*, melhoria das atitudes em relação à gestão – assim, apresenta um conjunto de medidas, de responsabilidade do empregador(a), que incluem a capacitação e treinamento dos seus trabalhadores e trabalhadoras para identificar precocemente os riscos psicossociais. Ou seja, até mesmo no âmbito corporativo, há iniciativas importantes, como a ISO 4003 (https://www.iso.org/search.html?PROD_isoorg_en%5Bquery%5D=iso%2045003).

Figura 7 – ISO 45003



Temos ainda uma iniciativa oriunda dos esforços conjuntos da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS) que publicaram em 2022 o documento “Mental health at work” (Figura 8). A professora Frida Fischer da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) foi uma das consultoras para a produção deste. A OIT e a OMS produziram um documento com indicações e recomendações para promover e prevenir a saúde mental no trabalho (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>).

O documento reforça a prevenção de problemas de saúde mental por meio da gestão dos fatores psicosociais, a proteção e promoção a partir da formação e de intervenções. Também incorpora o apoio aos trabalhadores(as) com problemas de saúde mental, incluindo temas como reabilitação e retorno ao trabalho, desenvolvendo iniciativas de emprego apoiados. Excelente documento para apoio e orientação das ações.

Figura 8 – Documento Saúde mental no trabalho – OMS-OIT (WHO-ILO)

O que temos?

OIT - OMS
World Health Organization

Mental health at work:
Policy brief

KEY MESSAGES

work-related mental health conditions through psychological risk management and organizational interventions to reshape working conditions, cultures and relationships

Training and raise ... mental health at work, especially through intersectoral approaches involving workers, managers, trade unions, employers and other stakeholders

Support workers with mental health conditions to participate fully in the workplace through ... return-to-work programmes and supported employment initiatives

... with cross-cutting actions to improve mental health at work through ... rights, integration, participation, evidence and compliance

Prevenir problemas de saúde mental (SM) relacionados ao trabalho por meio da **gestão dos fatores psicosociais**, incluindo intervenções organizacionais para remodelar as condições, culturas e relações de trabalho.

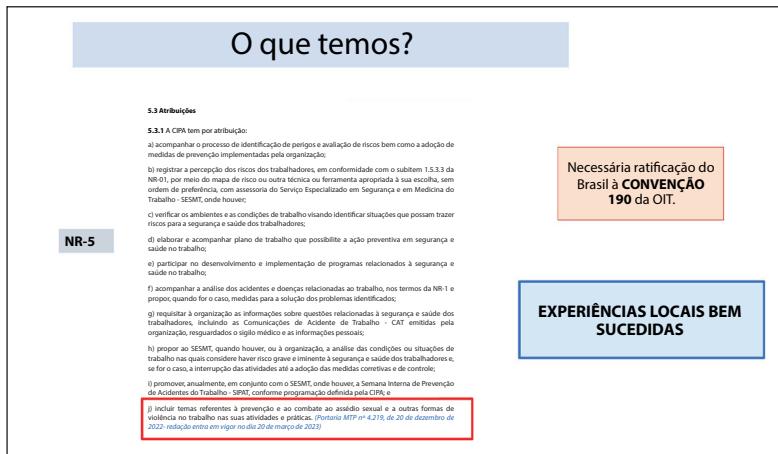
Proteger e promover a saúde mental no trabalho com base na **formação e intervenções** que melhorem o **letramento** (literacy) em SM, desenvolvendo habilidades para reconhecer e agir sobre as condições de saúde mental no trabalho.

Apoiar os (as) trabalhadores (as) com problemas de SM para que possam ser inseridos (as) plena e equitativamente no trabalho através de **adaptações**, programas de **retorno ao trabalho** e iniciativas de **emprego apoiados**.

Criar um ambiente propício com **ações transversais** para melhorar SM no trabalho, incluindo modelos de **liderança, investimento direitos, integração, participação, evidência e conformidade** (conjunto de normas que embasam a regulação das organizações).

Além desses documentos orientadores de práticas voltadas à saúde mental no trabalho, no Brasil, houve a ampliação das competências da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), Norma Regulamentadora n. 5 (NR 5), que incorporou o assédio como uma atribuição de monitoramento da CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Assédio (Figura 9). Essa alteração na NR-5 estabelece que a CIPA deverá monitorar o assédio nos locais de trabalho, o que amplia e legitima a luta de enfrentamento e combate a todas as formas de assédio. Cabe lembrar, contudo, que o Brasil ainda não fez a ratificação da Convenção 190 – que tem o objetivo de eliminar a violência e o assédio no mundo do trabalho – portanto, há a necessidade desta ratificação.

Figura 9 – Atribuições da CIPA



No Brasil, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é a rede de serviços de vigilância em saúde do trabalhador no SUS (<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svs/saude-do-trabalhador/renast>). Muitos Cerests têm experiências muito exitosas em saúde mental e trabalho. Entre essas experiências, cabe citar a organização e publicação, em 2014, de um Protocolo em Saúde Mental e Trabalho pela DIVAST/SESAB, Bahia, que foi o primeiro documento no campo de saúde mental e trabalho do país voltado para atuação nos Cerest (https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/ProtocoloSaudeMentalTrabalho_WEB_FINAL_2014.pdf). Uma apresentação prévia na nossa Oficina apresentou outro exemplo exitoso: a experiência do trabalho de monitoramento da violência no trabalho em Maceió, Alagoas. Ou seja, nós temos um conjunto bastante robusto de experiências que podemos compartilhar, disseminar e ampliar o conhecimento sobre essas práticas de enfrentamento do adoecimento mental relacionado ao trabalho.

Recentemente a publicação da nova Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) trouxe a novidade na Lista A, Parte 5, Agentes e/ou Fatores de Risco Psicossocial do Trabalho (<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/>

ms-n-1.999-de-27-de-novembro-de-2023-526629116). A lista representa uma possibilidade concreta e documentada de relacionar os fatores psicossociais do trabalho ao adoecimento mental. A existência dessa lista, desse modo, dá legitimidade à análise dos fatores psicossociais do trabalho – e isso é crucial.

Figura 10 – Nova lista de doenças relacionadas ao trabalho

Com relação aos serviços de saúde do SUS, cabe destacar a existência de duas grandes redes: a RENAST e a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). A RAPS é bastante capilarizada, possui mais de 2.800 CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em todo o país. A articulação RENAST-RAPS poderá garantir intervenções e ações muito potente para nosso campo. Desse modo, cabe criar as condições favoráveis à viabilização de uma estreita interlocução dessas redes posto que a Saúde Mental e Trabalho está localizada exatamente na intersecção dessas duas redes (Figura 11). Até o momento atual, essas redes estão desconectadas uma da outra. A articulação, quando ocorre, em geral, é viabilizada por contatos pessoais mais do que por conexões institucionalizadas ou formalizadas. Assim, é necessário, urgentemente, criar uma linha de cuidado onde já esteja prevista essas conexões das redes, inclusive incorporando a emergência, a urgência e a atenção primária.

Figura 11 – Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e Rede Nacional



Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Apesar dos desafios na articulação dessas duas redes de atenção à saúde, é relevante realçar a grande conquista que é a existência dessas redes no SUS e de todos os serviços e ações que essas redes estruturam. Então, como pensar em estabelecer e viabilizar os investimentos na interconexão dessas redes? Para garantir os avanços nessa direção, um ponto relevante a ser considerado é a formação. Aqui destacamos a formação especializada, a capacitação contínua; ou seja, nós precisamos intensificar atividades de formação em saúde mental e trabalho para os trabalhadores e trabalhadoras que atuam no SUS (Cerest, Caps, Atenção Primária e de Emergência e Urgência). É necessário investir esforços nessa direção; treinar equipes para fazer o monitoramento da situação, estabelecer ações e intervenções bem definidas e ancoradas no melhor conhecimento científico disponível; elaborar indicadores para a avaliação do impacto das ações. A formação deverá ser o ponto inicial e de retroalimentação dos processos: indo e voltando na qualificação e no reconhecimento das pessoas que realizam as ações. Importante ter, como arcabouço organizador, a concepção de que as ações deverão responder aos problemas identificados nos grupos de trabalhadores(as) e não apenas na análise de casos em particulares.

Para finalizar, reforço a ideia de que a regulação dos aspectos psicossociais é um passo importante a ser dado. A regulação dos fatores psicossociais nos ambientes de trabalho no Brasil é uma luta que precisamos intensificar. Conquistar dispositivos regulatórios é apenas um ponto inicial, com certeza; mas é um ponto inicial crucial. Não será a panaceia para os problemas, mas certamente auxiliará na sua visibilidade e na disponibilidade de ferramentas que poderão implicar e envolver ações e políticas públicas de proteção à saúde mental.

Também precisamos trabalhar na pactuação de alguns consensos técnicos e de práticas. Há instrumentos de monitoramento e de vigilância que podem ser utilizados com diferentes propósitos na avaliação dos agravos, especialmente para detecção precoce de sintomas e sinais de adoecimento: precisamos chegar antes da doença.

Nossos esforços devem ir além do registro dos casos; precisamos estruturar ações que possam rastrear os indivíduos nas fases precoces, ainda no iceberg que o Álvaro Merlo trouxe para ilustrar a dimensão do sofrimento na apresentação anterior. Em síntese, dispomos hoje de vários instrumentos de rastreio de adoecimento mental que são simples e fácil aplicação, análise e interpretação que podem dar indicação de que algo não está bem e que é preciso olhar mais proximamente. Também para o monitoramento dos fatores psicossociais do trabalho, há muitas ferramentas disponíveis – vários instrumentos internacionalmente validados, que foram testados nos contextos brasileiros, que podem ser úteis para monitorar os ambientes e a organização do trabalho. Esses instrumentos não são utilizados na sua plena potência em função das dificuldades na capacitação e treinamento para seu uso. É necessário incluir a discussão sobre a constituição de uma linha de cuidado – uma linha de cuidado estruturada para os mais diferentes grupos ocupacionais, mas também pensada para incluir e cuidar das pessoas que estão fazendo essa linha de cuidado: trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

Conhecer os processos produtivos, mapear esses processos produtivos e identificar as características penosas que estão

associadas à produção de sofrimento e de doenças é o maior desafio para superação – isso é especialmente relevante para uma atenção nos territórios. Elaborar indicadores de impacto para avaliar as ações é outro aspecto central. Estamos sempre em atividade, em atuação, mas pouquíssimas vezes avaliamos o impacto das nossas ações. Precisamos incorporar essa avaliação como parte de nossas práticas e rotinas. Isso fornecerá informações que poderão tornar mais eficientes as ações.

Promover ações colaborativas é outro ponto para destaque. Dentre as parcerias a serem fortalecidas, destaca-se o papel crucial dos sindicatos, das associações de trabalhadores e trabalhadoras, das instituições governamentais, do Ministério Público do Trabalho. Uma das experiências que temos buscado consolidar é essa proposta do Observatório Nacional em Saúde Mental e Trabalho, que nasce do desejo de reunir os mais diversos grupos interessados nesse problema: representantes do Controle Social – Conselho Nacional de Saúde, CISTT – Fundacentro, Sindicatos, Cerests, Ministério Público, Unidades de Saúde (Figura 12).

Figura 12 – Observatório Nacional de Saúde Mental – objetivos de redes e interlocução



Por fim, cabe lembrar, com frequência focalizamos nossa atenção nos impedimentos produzidos e impostos pelo adoecimento e sofrimento que se originam no trabalho, mas tem uma dimensão do trabalho que não se pode perder de perspectiva. O trabalho é um instrumento para nos humanizar. Então, às vezes, a gente fixa o trabalho apenas no ponto de vista do adoecer das pessoas, mas o trabalho também pode construir subjetividades que alicerçam dispositivos de alegria, satisfação, apoio. Olha que delícia a gente estar aqui esses dias conversando. Ontem ficamos batendo papo, ficamos sabendo coisas das pessoas, como, por exemplo, que o Rogério escreve poesias e prosa. O trabalho permite fazer essas conexões positivas. Então, a gente precisa desse espaço, a gente precisa resgatar o trabalho na sua radicalidade e na potência de nos tornar humanos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, T. M.; PALMA, T. de F.; ARAÚJO, N. do C. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, p. 3235-3246, 2017.

AYRES, J. R. C. M. Georges Canguilhem e a construção do campo da Saúde Coletiva brasileira. *Intelligere Revista de História Intelectual*, v. 2, n. 1 [2], p-1-17, 2016.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Guia de vigilância em Saúde*. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

CANGUILHEM, G. *Estudos de História e de Filosofia das Ciências*: concernentes aos vivos e à vida. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CARDOSO, M. de C. B.; ARAÚJO, T. M. de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 2016, v. 41.

CZERESNIA, D. Canguilhem e o caráter filosófico das ciências da vida. *Physis*, v. 20, n. 3, p. 709-727, 2010.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA D., FREITAS C. M. (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 39-53.

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho: estudo sobre a psicopatologia do trabalho.* 5. ed. São Paulo: Cortez; Oboré, 1992.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? *Cad CRH*, v. 24, n. spe. 1, p. 37-57, 2011.

DRUCK, G. Unrestrained outsourcing in Brazil: more precarization and health risks for workers. *Cad. Saúde Pública*, v. 3, local e00146315, 2016.

FRANCO, T.; DRUCK, G; SELIGMANN-SILVA, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev Bras Saude Ocup*, v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

KALLEBERG, A. L. *Precarious lives: Job insecurity and well-being in rich democracies*. Cambridge, England: Poliy Press, 2018. 480 p.

OLIVEIRA, C. *Transtornos mentais relacionados ao trabalho*, 2006 a 2012. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, 2014.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: UFRJ; Cortez, 1994. 324 p.

SILVA, A. C.; FERREIRA, J.; CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. *Os sentidos da saúde e da doença*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013, v. 20, n. 3, p. 957-958.

CAPÍTULO 11

PREVENÇÃO DA INCAPACIDADE

Eliane Cardoso Sales

Introdução

Entre 2008 e 2011, os Transtornos mentais e comportamentais foram a terceira principal causa de concessão de benefícios (auxílio doença) com incidência média anual de 34,87 a cada 10 mil segurados. A incapacidade para o trabalho é hoje considerada um problema de saúde pública. Os gastos públicos com benefícios por incapacidade alcançam em média 2% da renda per capita entre os países da Organização para cooperação e Desenvolvimento Econômico OECD (Miranda, 2022). Nesse período, a concessão de novos benefícios causou um impacto de 186 milhões de reais ao sistema previdenciário. Os transtornos do humor (CID F 30 a F39) e Transtornos neuróticos como stress e transtornos somatoformes (F40-f48) representaram 67,7% das concessões (Silva Junior, 2017). Os afastamentos por comprometimento da saúde mental tendem a durar mais tempo do que pelas demais causas. Estudos demonstram que programas estruturados, com ações multidisciplinares propiciam maior condição dos trabalhadores para retorno ao trabalho (Miranda, 2022).

Aspectos relevantes sobre afastamentos do trabalho, de longa duração

Para pessoas com sintomas depressivos, o tempo médio de afastamento do trabalho é de aproximadamente seis meses. A ansiedade parece estar associada mais comumente às causas de afastamento. A média de tempo de afastamento é de 83 dias quando não há fundo ocupacional. Quando há suspeita de haver essa relação é necessário mais tempo de recuperação. Quando

o afastamento é maior do que 90 dias observa-se mais dificuldade para retorno ao trabalho. Pessoas abaixo de 50 anos tem maior probabilidade de retornar ao trabalho. Pessoas com menos de 35 sem transtornos ansiosos relacionados ao trabalho tem ainda maior probabilidade. Fatores ocupacionais: acolhimento da equipe e realização de exames periódicos estão associados a maior expectativa de retorno ao trabalho (Silva Junior, 2017)

Instrumento para avaliação das condições individuais para retorno – questionário de auto-eficácia (julgamento da capacidade pessoal) (Bandura, 1977) (Teoria Social Cognitiva: reciprocidade triádica, autoconceito, auto-estima, lócus de controle, expectativa de resultado e resiliência) (Lovisi de Freitas, 2010). Quanto maior o tempo de afastamento maior a dificuldade de retorno ao trabalho. Quanto mais anos de estudo maior a probabilidade de retorno ao trabalho. Em termos de comportamentos de risco, o tabagismo esteve relacionado com maior tempo de afastamento do trabalho. Percepção de exposição a más condições de trabalho diminuem a probabilidade de retorno. Fatores psicossociais: suporte social influencia o tempo de afastamento. Um comprometimento excessivo com o trabalho está relacionado a um maior tempo até o retorno às atividades laborais. Em países como a Holanda, trabalhadores deprimidos ou ansiosos têm menor probabilidade para retorno ao trabalho. Já na Dinamarca, o estresse e o Burnout são mais favoráveis ao retorno do que outros diagnósticos psíquicos. Afastamento prévio e morbidades físicas estão associadas a afastamentos mais longos.

Responsabilidades do empregador e desafios – uma revisão de escopo – Dinamarca Os empregadores não recebem muita formação na gestão do processo de retorno ao trabalho (Ekberg, 2016; Stochkendahl, 2015). Os empregadores precisam de capacitação em estratégias no local de trabalho. As políticas e os requisitos legais contemporâneos em matéria nem sempre incentivam adequadamente os empregadores a envolverem-se no processo de retorno ao trabalho e, muitas vezes, são dadas poucas orientações sobre os requisitos específicos para o acolhimento no trabalho e o acompanhamento fora do local de trabalho (Doherty, 2011).

Importante pensar em lidar com os Transtornos Mentais Comuns dentro do ambiente de trabalho porque nesse caso pode-se dar visibilidade aos fatores tóxicos e trabalhá-los.

- Trabalhar com evidências científicas.
- Mobilização de conhecimento e ação colaborativa.

Resultados

Revisão de escopo sobre reabilitação e literatura sobre vida e trabalho escopo 1400 artigos analisados e 44 estudos identificados (Gensgy *et al.*; 2019). Destaca-se alguns dos achados na Tabela 1.

**Tabela 1 – Revisão de escopo da temática
reabilitação, vida e trabalho de acordo a estratégia
metodológica, público-alvo e resultados**

Autor	Estratégia	Público-alvo	Resultados
Selander (2015)	Para investigar o padrão e a qualidade do contato entre o funcionário licença médica de longa duração e o supervisor, RH, OHS, Sindicato e colegas de trabalho; e explorar se o contato estava associado ao RTW expectativas de ausente funcionários	390 permanentes pessoas empregadas	Qualidade de contato, RTW expectativas
Eklund (2013)	Explorar as mudanças no situação de trabalho desde a linha de base para um acompanhamento de 12 meses em o grupo Redesenhando as Ocupações Diárias comparou com o grupo 'cuidados usuais' e analisar quaisquer preditores de mudança	70 empregados médicos, mulheres (37 intervenções e 33 controle) licença médica >2 meses	Atestado Percepção do trabalhador, Autoavaliação do ambiente de trabalho
Grossi, 2009	Avaliar os efeitos de um intervenção de gerenciamento de estresse entre 24 mulheres pacientes em licença médica devido a psicológico relacionado ao trabalho reclamações	24 mulheres empregadas municipais (12 intervenção e 12 controle) em tempo integral e meio período doente	Autoavaliação sintomas, Duração de Doença.

continua...

Autor	Estratégia	Público-alvo	Resultados
Karlson (2010), (2014)	Avaliar o efeito de um intervenção orientada para o local de trabalho para pessoas em licença médica de longa duração por motivos clínicos burnout, com o objetivo de facilitar RTW por correspondência trabalho-pessoa através do paciente-supervisor comunicação	74 trabalhadores em intervenção e 74 no grupo controle, listado por doença por 2–6 meses	Retorno sustentado Recaída em faltas

Fonte: Gensby, U *et al.*, 2019 (tradução livre da autora).

Principais aspectos teóricos

A aprendizagem organizacional específica para cada caso melhora a capacitação e a prevenção no local de trabalho.

1. A natureza do TMC e da trajetória da doença pode ser complexa constituindo um desafio no local de trabalho

Os problemas estão relacionados a desequilíbrio entre o nível individual, recursos organizacionais e demandas de trabalho. A intervenção oportuna é desafiadora para gerenciar os relacionamentos para lidar com lideranças aliadas, cuidados de saúde e outros. Os sistemas de apoio podem ser escassos.

2. Treinamento focado no trabalho e apoio individual são fundamentais para trabalhadores a fim de recuperarem a capacidade laboral.

O contato com o local de trabalho pode ser útil mesmo durante o afastamento:

- Aconselhamento profissional sobre decisões relativas ao regresso ao trabalho são importantes.
- Estratégias de enfrentamento no trabalho e experiências pessoais de trabalho são necessárias.
- Consciência do trabalho, acolhimento oportuno, enfrentamento dos obstáculos ao regresso ao trabalho.

3. Facilitando o retorno ao trabalho requer uma atenção focada em organização do trabalho e relações sociais
 - As tarefas e demandas do trabalho são focadas no indivíduo
 - Gerentes e colegas de trabalho devem participar no processo de RTW
 - As partes interessadas externas devem oferecer suporte relevante
4. O retorno ao trabalho é resultado de um processo multifacetado de mudanças:
 - Serviço clínico qualificado e mudanças no trabalho devem ser oferecidos.
 - O planejamento do regresso ao trabalho é relevante e deve apoiar a tomada de decisões.
 - Trabalho individual de recuperação e trabalho em grupos de bem estar/qualidade de vida.
 - Entendimento de subjetividades no conceito de saúde, ambiente de trabalho e situação no mercado de trabalho devem ser compreendidos.

Muitos empregadores consideram a natureza dos TMC e as trajetórias da doença, um problema complexo, um desafio gerencial onde longos períodos de tempo podem passar antes que alguém intervenha.

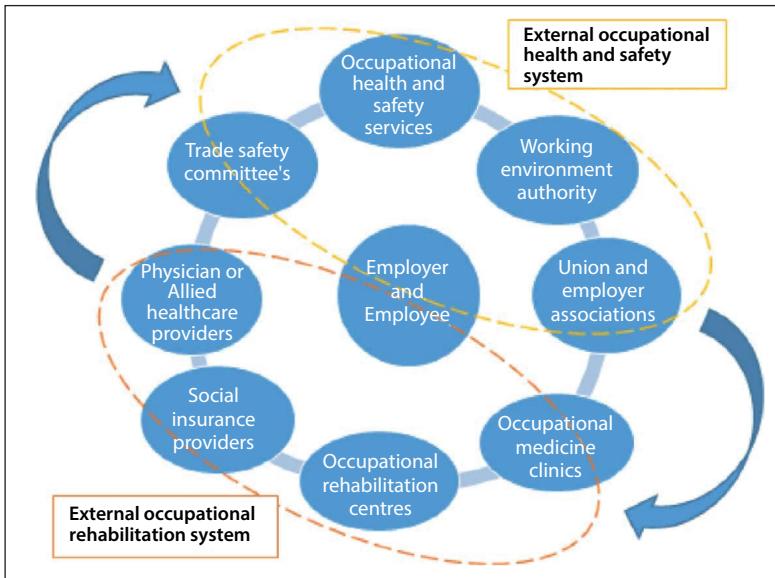
Há uma complexidade percebida acerca da possibilidade de intervenção no período do retorno ao trabalho, podendo ser condicionada por vários fatores. Uma questão está relacionada ao comportamento do supervisor em relação ao trabalhador afastado por doenças. Os supervisores podem estar demasiadamente ausentes ou demasiadamente presentes, o que pode resultar em sentimentos de abandono e solidão por parte do trabalhador, com as experiências negativas do trabalho que geram sintomas emocionais, cognitivos e somáticos ou, neste último caso, que o

trabalhador se sinta controlado e pressionados a retomar o trabalho (Gensgy *et al.*, 2019).

Outra situação problema diz respeito às informações muitas vezes sensíveis sobre a situação de saúde do trabalhador, que podem dificultar que supervisores e colegas de trabalho obtenham conhecimento relevante para entender as limitações de capacidade de trabalho e planejar tarefas de trabalho (Gensgy *et al.*, 2013).

A Figura 1 apresenta o modelo de apoio multi setorial, que demonstra a cooperação como estratégia para que haja múltiplos ganhos na reabilitação do sujeito que se afasta do trabalho.

Figura 1 – Modelo de apoio multi setorial (2019)

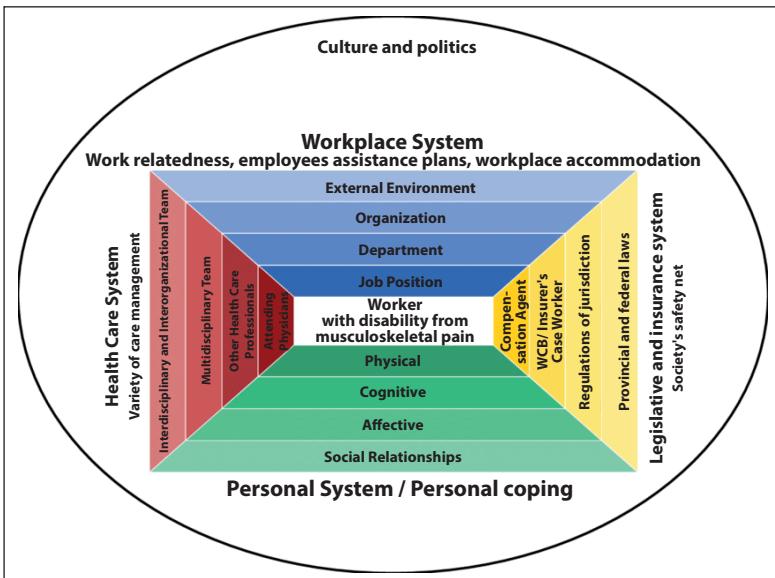


Fonte: Gensby *et al.* (2019).

Já o Modelo de Sherbrooke, apresentado na Figura 2, também denominado de arena da incapacidade é voltado para os distúrbios osteomusculares, porém, pode inspirar análises no campo da saúde mental, na medida em que estabelece múltiplos determinantes com papéis similares para promover ou dificultar

a recuperação dos sujeitos uma vez afastados e ou fragilizados por uma condição de incapacidade (Poulsen, 2020).

Figura 2 – Modelo de Sherbrooke (2020).



Fonte: Poulsen, Rie Mandrup (2020).

Considerações finais

Empregadores e tomadores de decisão podem usar o modelo de apoio multissetorial para discutir como criar um sistema de manejo da incapacidade que equilibre domínios das partes interessadas, para mobilizar competências e colaboração. Deve-se considerar responsabilidades e noção da necessidade de investimentos no manejo da incapacidade e dos limites éticos que orientarão a cooperação dos sujeitos envolvidos.

Perspectivas

- Enfatizar o importante papel que o ambiente psicosocial de trabalho parece desempenhar, para o retorno

ao trabalho, particularmente entre trabalhadores com TMC em comparação com trabalhadores com lesões musculoesqueléticas.

- Estabelecer um coordenador para os casos de retorno ao trabalho por transtornos mentais, elemento que proporcionará a identificação dos facilitadores e barreiras para o enfrentamento da situação de retorno.
- Proceder ajustes na organização do trabalho, voltados ao bem-estar daquele(a) que retorna por questões de saúde mental, com determinação do melhor horário para demandar as tarefas, graduar as atividades e estabelecer uma referência de confiança no setor, para checagens periódicas e ajustes nas programações de trabalho se necessário, além de intermediações com demais colegas ou chefias se necessário.
- Utilizar o potencial da inclusão da prevenção do stress em programas de retorno ao trabalho, tais como formação e desenvolvimento organizacional que se baseiam na compreensão da relação entre as fontes dos problemas relacionados ao trabalho e o desenho organizacional do ambiente de trabalho.
- Considerar os elementos organizacionais e de gestão mais amplos de um ambiente de trabalho na abordagem de retorno ao trabalho, como a melhoria do apoio social coletivo e da organização da capacidade de proceder o acolhimento daqueles que estão em vias de retornar ao trabalho.
- Melhorias e clareza de papéis entre as partes no local de trabalho.
- Considerar a preparação da equipe de trabalho para o processo de regresso de pessoas ainda em restabelecimento da saúde mental.
- Adaptações, tanto para o indivíduo quanto para o grupo de trabalho, para evitar recidivas de afastamentos e incapacidade.
- Enfatizar o valor das intervenções adaptadas ao contexto, concentrando-se numa combinação de melhoria

da capacidade individual e mudanças nas condições de trabalho com base em informações dos reais desafios do ambiente de trabalho.

Perspectiva para desenvolvimento do tema no Observatório de Saúde Mental e Trabalho

- Elaboração de possível estudo que possa considerar as estratégias brasileiras de manejo da incapacidade por transtornos mentais.
- Desenvolvimento de protocolo que inclua indicações de manejo da incapacidade para o trabalho em função de Transtornos Mentais.
- Capacitação de equipes dos CEREST para avaliarem ambientes de trabalho e estabelecerem parâmetros de condições de trabalho que garantam a preservação da saúde mental dos trabalhadores.

REFERÊNCIAS

BANDURA, A.. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, v. 84, n. 2, p. 191-215, 1977.

DOHERTY, T. J.; CLAYTON, S. (2011). The psychological impacts of global climate change. *American Psychologist*, v. 66, n. 4, p. 265-276. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0023141>.

EKBERG, K. et al. New business structures creating organizational opportunities and challenges for work disability prevention. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 26, n. 4, p. 480–489, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10926-016-9671-0>.

GENSBY, U.; HUSTED, M. Inclusion through action: A participatory approach to return-to-work policy change processes in organizations. *International Journal of Disability Management*, v. 8, n. 4, p. 1-16, 2013.

GENSBY, U.; LIMBORG, H. J.; MAHOOD, Q.; STÅHL, C.; ALBERTSEN, K. Employer Strategies for Preventing Mental Health Related Work Disability: A Scoping Review. *Nordic Journal of Working Life Studies*, v. 9, n. 1, 2019. DOI: <https://doi.org/10.18291/njwls.v9i1.113082>.

LOVISI DE FREITAS, M. de F. R.; DIAS, J. P. Teoria Social Cognitiva: conceitos básicos. *Ciênc. cogn.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 204-205, dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212010000300017&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 maio 2024.

MIRANDA, C. B. *Reabilitação profissional e retorno ao trabalho no Brasil: avanços, retrocessos e aspectos epidemiológicos*. Tese

(Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, USP, São Paulo, 2022.

POULSEN, R. M. *Evaluation of an integrated intervention in context: A novel collaboration between Danish mental health care services and Jobcenters to improve services for persons on sick leave due to common mental disorders.* 2020. Tese (Doutorado) – Copenhagen Research Center for Mental Health, Copenhagen, 2020.

SILVA JUNIOR, J. S. da. *Retorno ao trabalho após afastamento de longa duração por transtornos mentais: um estudo longitudinal com trabalhadores do mercado formal.* 2017. Tese (Doutorado em Saúde Ambiental) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. DOI:10.11606/ T.6.2017. tde-17042017-093730.

STOCKKENDAHL, M. J.; MYBURGH, C.; YOUNG, A. E.; HARTVIGSEN, J. Manager experiences with the return to work process in a large, publically funded, hospital setting: walking a fine line. *Journal of Occupational Rehabilitation*, v. 25, n. 4, p. 752–762, dez. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10926-015-9583-4>.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

RELATÓRIO FINAL

OFICINA DE SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO: contribuições do Observatório Saúde Mental e Trabalho

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Neste documento seguem proposições discutidas durante a oficina, pautadas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora/ PNSTT (Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012), na Resolução nº 603, de 08 de novembro de 2018; na Política Nacional de Vigilância em Saúde (Resolução nº 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde); na Portaria nº 3.088, de 26 de dezembro de 2011 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Este documento também é orientado pelas discussões e debates no Observatório Saúde Mental e Trabalho.

A PNSTT contempla, entre seus objetivos, ações para fortalecer a vigilância em saúde do(a) trabalhador(a); promover a saúde, bem como ambientes e processos de trabalho saudáveis e a integralidade na atenção dos(as) trabalhadores(as), demandando estratégias para: integração das vigilâncias; conhecimento do perfil produtivo e da saúde dos(as) trabalhadores(as) e a estruturação da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – RENAST – como rede eficiente no contexto da RAS (Rede de Atenção à Saúde), com demandas de ações intersetoriais, interinstitucionais e multiprofissionais

A Resolução nº 603 propõe ajustar as estratégias de organização e funcionamento da Renast, definindo as seguintes atribuições aos Cerest: a) apoio técnico e pedagógico em Saúde do(a) Trabalhador (a), na perspectiva do matriciamento a todos os pontos de atenção da rede de assistência e vigilância; b) construção das linhas de cuidado, protocolos e linhas guia, com definição de fluxos para a assistência e a vigilância; c) articulação de ações intersetoriais; d)

ampliação da educação permanente com mudança dos processos de trabalho; e) fortalecimento da participação social, incorporando os(as) trabalhadores(as) formais e informais. Esta portaria também define o Cerest como um “componente estratégico da Renast, responsável pelo apoio institucional, técnico e pedagógico em Saúde do(a) Trabalhador(a) no seu território de abrangência”. Desse modo, ressalta a sua atuação como retaguarda técnica, norteada por ações de vigilância em saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e ações de assistência especializada, voltadas principalmente para a elucidação e o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho. O Cerest, portanto, configura-se como uma das estratégias essenciais para as ações no campo de saúde e trabalho, tendo papel destacado na necessária articulação de iniciativas em diferentes espaços de desenvolvimento de ações: Universidades e centros de pesquisa, Sindicatos, Associações de Trabalhadores(as), Ministério do Trabalho-Fundacentro, Ministério Público do Trabalho, dentre outras.

A partir da ancoragem nesses princípios e na análise dos aspectos que estruturam o mundo do trabalho no contexto atual, apresentamos, neste documento, contribuições para o propósito de elencar e priorizar as ações no âmbito de pertinência da CGSAT/SVSA/MS. A maior parte dessas propostas deriva de discussões ocorridas no Observatório Nacional de Saúde Mental durante a **Oficina – Observatório Saúde Mental e Trabalho: reunindo esforços por direitos e pelo bem viver**, que ocorreu em Curitiba, no período de 6 a 8 de dezembro de 2023 contando com a participação de docentes, pesquisadores(as), profissionais do SUS, técnicos da Fundacentro, representantes sindicais, CISTT e Ministério Público do Trabalho (MPT). As proposições foram organizadas por eixos temáticos, da seguinte forma: Eixo 1 – Informação e produção de conhecimento e práticas em Saúde Mental e Trabalho, focalizando atividades de pesquisa; Eixo 2 – Formação em Saúde Mental e Trabalho; Eixo 3 – Vigilância e Atenção em Saúde Mental e Trabalho. Para este documento também acrescentamos um Eixo 4 – Linhas de Cuidado em Saúde Mental para os trabalhadores e trabalhadoras.

PROPOSIÇÕES POR GRUPOS TEMÁTICOS

Informação e produção de conhecimento e práticas em saúde mental e trabalho

Este eixo tem o objetivo de elencar prioridades de produção de informação, conhecimento e práticas em saúde mental e trabalho a curto, médio e longo prazo. É um eixo com foco em atividades de **Pesquisa** e de produção de dados em informação.

Um conjunto de propostas foram estabelecidas:

- a) Promover ações para um amplo diagnóstico situacional da saúde mental em populações trabalhadoras no país, partir de esforços empreendidos na análise dos dados disponíveis nos sistemas de informação. O uso dos dados secundários poderá auxiliar na definição das prioridades futuras – deverão ser conduzidas pesquisas com dados secundários para mapear o cenário atual dos transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT), suicídio e ideação suicida (exemplo: SINAN, SIM, PNS, SIH-SUS, dados do INSS). A partir desse diagnóstico, caberá definir prioridades quanto aos grupos de trabalhadores(as)/ocupações, regiões e agravos mais frequentes. Definidos esses grupos, caberá a estruturação de ações específicas para esses grupos, considerando o tipo de adoecimento mental prevalente.
- b) Desenvolver inquéritos online, a curto prazo, para complementar o mapeamento do cenário atual dos TMRT;
- c) Realizar revisões sistemáticas de literatura nacional e internacional para identificar os conhecimentos já estabelecidos, com foco nos eventos associados aos processos de adoecimento mental em trabalhadores(as) e às intervenções bem sucedidas para redução e controle do adoecimento, assim como as lacunas e limitações, de

modo a fomentar temas estratégicos para as atividades de investigação e de intervenção;

- d) Delinear estudos multicêntricos a partir de estudos que já vêm sendo realizados localmente em várias partes no país; com previsão de desenho de estudos longitudinais, de acompanhamento;
- e) Incentivar a elaboração de novos instrumentos e de validação de instrumentos já existentes para a adequada avaliação de sofrimento e adoecimento mental relacionados ao trabalho, com foco em Síndrome de Burnout, depressão, ansiedade, tentativa de suicídio, suicídio, bem como dos fatores associados aos processos de produção desses agravos. Bons instrumentos oferecem auxílio e suporte relevantes ao rastreamento de sofrimento e adoecimento e de indicadores da relação trabalho-agravo;
- f) Produzir metodologias voltadas à avaliação de processo/ambiente de trabalho, com foco nos fatores de riscos psicossociais.

Formação em saúde mental e trabalho

A formação em saúde mental e trabalho deve ser estruturada para capacitar: I. técnicos(as) dos serviços do SUS para a atenção integral à saúde do trabalhador e da trabalhadora, com ênfase especial às equipes da RENAST (Cerest) e a RAPS (CAPS), mas também incluindo também os serviços e trabalhadores(as) da Atenção Primária e de Urgências e Emergências; II. Sindicalistas e representantes do controle social; III. Estudantes de graduação e pós-graduação; IV. Trabalhadores(as) interessados(as) no tema.

Assim, são propostas:

- a) Capacitação para profissionais de CEREST e TR (Técnico de Referência), em temas de vigilância epidemiológica dos TM e suicídio/tentativas de suicídio, vigilância de processos/ ambientes de trabalho (focando nos fatores de riscos para os TM) e diretrizes para análise e estabelecimento da relação entre transtornos mentais e trabalho;

- b) Capacitação em SM&T para profissionais das equipes de Vigilância em Saúde e RAS (incluindo atenção primária, urgências/emergências e redes especializadas), com abordagem em agravos à saúde mental, linhas de cuidado, vigilância epidemiológica, situação de saúde do trabalhador no território (a partir das análises de situação de saúde) e aspectos legais (PNSTT; bases legais; legislação previdenciária, dentre outros temas);
- c) Capacitação para trabalhadores (movimento sindical, controle social etc.) em SM&T com abordagem de temas em vigilância (epidemiológica e de ambientes/processos de trabalho e aspectos legais (PNSTT; bases legais; legislação previdenciária etc.);
- d) Inserção de conteúdos de ST – SM&T em cursos profissionalizantes (articulação com o Ministério da Educação);
- e) Habilitar os Cerest como campo de estágio/formação (residência, estágios curriculares);
- f) Oferecimento de capacitação em SM&T a instituições profissionalizantes (SESI, SENAC, Institutos Federais de Educação, Instituições Estaduais de Educação) com a realização de convênios com o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Trabalho.

Vigilância e atenção em saúde mental e trabalho

O debate sobre ações de Vigilância em Saúde Mental e Trabalho deverá ser construído a partir do estabelecimento de diretrizes orientadoras de **comando nacional**, a ser instituído pelo Ministério da Saúde após amplo debate nacional, plural e participativo.

Inicialmente, cabe explicitar algumas diretrizes – compromissos estruturantes – que organizaram o nosso debate e constituíram a linha de sustentação para a elaboração de nossas propostas. Nessa direção, para o conjunto de proposições aqui apresentadas, partimos do estabelecimento dos seguintes objetivos:

-
- a) Desenvolver ações para implementar efetivamente a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) e da Política Nacional de Vigilância em Saúde;
 - b) Propor ações para o fortalecimento e ampliação das equipes de Vigilância em Saúde para desenvolver as ações de VISAT;
 - c) Fortalecer as equipes dos Cerest (capacitar e elaborar dispositivos para assegurar recursos humanos, vínculos seguros e recursos para ações);
 - d) Contribuir para o estabelecimento e articulação intra e intersetorial, na esfera do Ministério da Saúde, sob a coordenação do DSAST/ CGSAT;
 - e) Colaborar no processo de pactuação de planos de ação nas instâncias intergestoras e Conselhos de Saúde (municipais, estaduais e distrital);
 - f) Construir uma agenda transversal, intra e intersetorial, para promoção e promoção e proteção da saúde mental em populações trabalhadoras;
 - g) Fortalecer a política de educação popular e a vigilância popular e participativa, de modo a garantir e expandir a participação de representações dos(as) trabalhadores(as) nas ações de VISAT em SM&T.

A partir desses elementos que deverão nortear todas as ações, há propostas que poderão ser estruturadas em grandes grupos temáticos para ações específicas, incluindo: a) vigilância epidemiológica e b) vigilância de ambientes e processos de trabalho.

Ações prioritárias para a vigilância em saúde mental e Trabalho:

a) Vigilância epidemiológica:

- 1. Identificar fragilidades no atual sistema de notificações, de modo a auxiliar na proposição de uma ficha de notificação que seja, ao mesmo tempo, simplificada e que

- forneça informações cruciais, de modo acessível, em interface com o E-SUS;
2. Elaborar um protocolo com orientações detalhadas para a notificação e preenchimento da Ficha de TMRT – Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Nesse processo deverão ser definidos os tipos de agravos a serem notificados, os procedimentos para a identificação e registro (neste processo deverão ser atualizados os dados/campos a serem incluídos na Ficha);
 3. Mapear, detalhadamente, os sistemas de informação existentes com a finalidade de identificar possibilidades de cruzamento e complementação de dados em SM&T;
 4. Estimular a notificação dos TMRT por equipes de Vigilância em Saúde e da RAS (investir na capacitação das equipes);
 5. Estabelecer formas de acompanhamento dos registros, em períodos regulares, de modo a possibilitar a avaliação da qualidade dos dados registrados e a identificação de estratégias para maior cobertura e maior detalhamento dos casos, dos setores mais afetados, nos vários níveis dos serviços (municipal, estadual e federal);
 6. Avaliar formas e estratégias para garantir a inclusão da notificação específica de violência relacionada ao trabalho definida como um ART – Agravo Relacionado ao Trabalho (inclusão na atual ficha de Violência do SINAN ou criar ficha específica de Violência Relacionada ao Trabalho).
- b) Vigilância de ambientes e processos de trabalho e atenção à saúde do trabalhador**
1. Capacitar os(as) trabalhadores(as) e profissionais dos CEREST e RT da RENAST para avaliação dos fatores psicossociais do trabalho;
 2. Propor um dispositivo legal de regulação dos fatores psicossociais do trabalho, de modo a estabelecer indicadores de ordenamento para a organização e a

gestão laboral que atuem na proteção da saúde mental dos(as) trabalhadores(as) e na prevenção dos agravos. Essa base legal possibilitará o monitoramento de fatores psicossociais nocivos e, principalmente, estabelecerá dispositivos para a identificação de medidas de intervenção. Esses indicadores, a serem constituídos por meio de instrumento legal, terá a função de definir características básicas do ambiente psicossocial do trabalho que deverão ser atendidas;

3. Fomentar o diálogo contínuo entre a saúde do(a) trabalhador(a) e a saúde mental;
4. Capacitar as equipes de atenção à saúde do trabalhador e da trabalhadora, em especial dos CEREST e da RAPS, para o diagnóstico e avaliação da relação entre transtornos mentais e trabalho;
5. Elaborar Diretrizes/protocolo para auxiliar nas ações de vigilância e atenção em SM&T em ambientes de trabalho;
6. Identificar características do perfil produtivo dos setores formais e informais nos territórios – com especial reforço e estímulo para as ações de VISAT para o trabalho informal;
7. Fomentar a articulação do MS com a Previdência Social na perspectiva de fortalecer e legitimar a atuação do CEREST no estabelecimento da relação transtorno mental – trabalho;
8. Criar disque denúncia para violência relacionada ao trabalho como um dispositivo de registro de casos e apoio às vítimas;
9. Estabelecer, como procedimento de rotina, a investigação dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho graves (suicídio/tentativa/ideação), incluindo a demanda por intervenções nos ambientes envolvidos;
10. Fortalecer espaços de escuta, com a participação dos(as) trabalhadores(as), com a finalidade de formular e implementar ações de promoção e proteção à saúde,

com ênfase nas estratégias focalizadas nos fatores psicossociais (organização e processo de trabalho);

11. Desenvolver rede de cooperação técnica entre as entidades com atuação no tema (sindicatos, MT, MPT, Conselhos de Saúde e Universidades) para o fomento das estratégias de vigilância e assistência em SM&T.

Linha de cuidados em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora

No atual contexto, observa-se significativo distanciamento entre os serviços da RAS – Rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, Vigilância Epidemiológica, Unidades Básicas de Saúde, serviços de cuidados intermediários e de cuidados de grande complexidade, incluindo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a rede terciária – com seus serviços de laboratórios e programas de ensino, pesquisa e extensão universitários. As redes foram criadas, mas não foram estabelecidos os fluxos e dispositivos formais de articulação e ação para a atenção integral. Este é um dos principais nós críticos no campo da saúde mental e trabalho.

Desse modo, uma demanda crucial para a SM&T a ser enfrentada consiste em estabelecer uma linha de cuidados em saúde mental para o trabalhador e para a trabalhadora, logicamente definida e com fluxos adequados de referência e contrarreferência, ações em tempo oportuno, e integrada a ações de reabilitação e acompanhamento de retorno ao trabalho.

Para garantir a constituição dessa linha de cuidados em SM&T, cabe desenvolver ações com a finalidade de:

- Promover o matriciamento das ações relativas ao adoecimento mental relacionado ao trabalho por meio de ações que fortaleçam a atenção em saúde mental e trabalho nos territórios, a partir da articulação dos serviços de atenção à saúde integral, com foco em situações de vulnerabilidade: desemprego; mulheres/mães trabalha-

doras; trabalho análogo ao escravo; trabalho infantil; trabalhadoras e trabalhadores vítimas de agravos (adoecimentos e acidentes) pelo trabalho.

- Desenvolver ações que garantam o adequado e oportunoo diagnóstico, registro e notificação compulsória dos casos de adoecimentos relacionados ao trabalho: intoxicações exógenas; tentativas de suicídio e suicídios; abuso e dependência de substâncias; burnout (esgotamento profissional); transtorno de estresse pós-traumático; trabalho em turnos (setores da saúde, transportes e indústria); depressão crônica; assédio moral).
- Desenvolver, implantar e implementar a linha de cuidados em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora em nível local, regional e nacional, por meio da criação de comitês técnicos locais, regionais e nacionais que integrem, em cada nível, todas as redes de atenção, vigilância, formação e assistência em saúde do trabalhador e da trabalhadora.
- Definir fluxos de referência/ contrarreferência para atenção integral ao trabalhador e trabalhadora na RAS.

Adicionalmente a essas ações que dizem respeito à Rede em Atenção à Saúde do SUS, outras ações deverão ser desenvolvidas para o funcionamento de uma rede de cuidado em saúde mental e trabalho. São elas:

- Inclusão de temas em Saúde do Trabalhador/Trabalhadora com foco na Saúde Mental & Trabalho nas graduações e nas residências e especializações médicas, de medicina da família e da comunidade, de psiquiatria e nas residências multiprofissionais em saúde, em saúde mental, de psicologia, enfermagem, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia e serviço social assim como do direito. Os profissionais de todas as áreas que atenderão às trabalhadoras e trabalhadores devem conhecer as relações entre as condições de trabalho e

os agravos à saúde, as condições de vida e os direitos das trabalhadoras e trabalhadores.

- Preparação adequada e capacitação dos serviços e das equipes de diferentes redes da RAS (APS/CEREST/CAPS) para diagnosticar, notificar, acompanhar e intervir nas situações de agravos, produzir e monitorar os dados epidemiológicos que geram informações para orientar ações cotidianas de cuidado, criar ou modificar políticas publicar destinada à saúde dos(as) trabalhadores(as) e promoção de trabalho digno e dignificante para todas e todos.
- Estímulo aos SESMT (constituídos de acordo com a NR 04) a atuarem na proteção e promoção da saúde mental dos(as) trabalhadores e trabalhadoras, de modo a responsabilizar as empresas no cuidado, notificando e acolhimento dos(as) trabalhadores e trabalhadoras, em cumprimento às normas de saúde e segurança e a garantia de uma atenção integral;
- Fomento à atuação, de forma interinstitucional e interministerial, envolvendo o MS, MPS e o MTE, com a participação ativa dos(as) trabalhadores(as), na implementação das ações de promoção da saúde mental relacionada ao trabalho, bem como de fortalecimento da Comissão Interna de Prevenção de Acidente e Assédio (NR 05 – CIPA);
- Atuar de forma inter e intra ministerial para promover educação em saúde mental no local de trabalho, com a participação ativa dos(as) trabalhadores(as) de modos a sensibilizar sobre o tema, incidir nas mudanças das relações e processos de trabalho que geram sofrimento e adoecimento mental e mortes, bem como reduzir o estigma associado aos problemas de saúde mental e promover uma cultura de apoio e compreensão.

Considerações Finais

Este documento apresenta um conjunto inicial de proposições a serem discutidas com a finalidade de insumo para auxiliar no processo de definição de ações prioritárias. Entendemos que é um passo inicial que demandará, de imediato, acordos e pactuação de estabelecimento de ações continuadas e aprofundamento e reflexões acerca dos temas prioritários estabelecidos.

Assim, considerando a urgência de intervenção na situação atual vivenciada no país, que, de um lado, mostra claramente a magnitude significativa do problema (contingentes amplos de populações afetadas nas mais diversas ocupações e setores da economia), a sua tendência de expansão e agudização e, de outro lado, a inexistência ou insuficiência de respostas específicas em SM&T, propomos:

1. Estabelecer o planejamento das atividades, com seu respectivo cronograma, para as futuras ações do MS em SM&T – sugere-se que, a partir das prioridades definidas, um conjunto de atividades seja organizado a partir do desenho do **que e como fazer**, com a produção e incorporação de indicadores de acompanhamento que permitam avaliação do que está ou não funcionando.
2. A Oficina retomará um processo de discussão do campo de SM&T no Brasil que foi interrompido em 2017. Assim, certamente os problemas se avolumaram, novos problemas emergiram, e exigirá de nós, avaliação cuidadosa dos nós críticos e desafios. Será um passo muito importante, especialmente se potencializado como espaço de ordenamento de ações em futuro próximo. Assim, propomos um ordenamento dos passos futuros a partir da constituição de grupos técnicos (GT) com atribuições de aprofundar a reflexão e a construção de proposta de temáticas específicas. A partir de pontos que identificamos como relevantes, propomos a constituição de quatro grandes GT: GT com a finalidade

de discutir as fichas/protocolos e diretrizes para o rastreamento e notificação dos casos e notificação nos sistemas de informação; GT com a finalidade de propor ações, de caráter nacional e coletivo, de produção de conhecimento (análises epidemiológicas dos dados dos sistemas de informação, estudos multicêntricos etc); GT para definição de uma linha de cuidado no SUS, incluindo atribuição de desenvolver ações de formação e capacitação; por fim um GT para desenvolver modelos de fomento da intersetorialidade – como as redes de atenção poderão se conectar e desenvolver um diálogo interinstitucional e interministerial.

3. Apresentar à SVSA, a proposta de tema da Saúde Mental e Trabalho como tema para o Renastão 2024. A saúde mental é um tema transversal – afeta todos os grupos ocupacionais e setores da economia – tem sido um dos problemas que mais preocupam – uma epidemia que cada dia fica mais visível e poderá fomentar ações de integração da Renast com a RAPS, atenção primária, serviços de urgência e emergência, serviços e programas de Saúde Mental, universidades e centros de pesquisa (ensino, pesquisa e extensão). A atenção a este tema precisa ganhar relevo e o Renastão é um momento privilegiado para isso.

Este documento foi produzido coletivamente no Observatório Saúde Mental e Trabalho.

Assinam este documento:

REGIÃO NORDESTE
Tânia Maria de Araújo – Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Paloma de Sousa Pinho Freitas – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)
Ariane Cedraz Morais – Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Iracema Lua – Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS)
Ednir Assis Souza – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem
Fernando Feijó – Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Medicina (PPGSAT)

continua...

continua...

CEREST – Região Nordeste
Analinne Maia – Secretaria Municipal de Saúde de Maceió (SMS) – Técnica do CEREST
Eliane Cardoso Sales – Secretaria do Estado da Bahia – Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Bahia (DIVAST/SESAB)
Suerda Fortaleza de Souza – Secretaria do Estado da Bahia – Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador da Bahia (DIVAST/SESAB)
Mariana de Castro Brandão Cardoso – Secretaria Municipal de Itaberaba – BA /Técnica Saúde do Trabalhador CEREST
Kleber José da Silva – Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, CEREST Regional
Patrícia Viana Tocantins – Secretaria de Saúde de São Luís, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST Regional São Luís.
Regicélia Silva de Jesus – Centro de Atenção Psicossocial Dr. Gutemberg de Almeida- Rede de Saúde Mental
CEREST – Região Norte
Magna Leite – Gerência de Saúde do Trabalhador do Estado do Tocantins
Marcelo Victor de Vasconcelos Sousa – Gerência de Saúde do Trabalhador do Estado do Tocantins
Maria Cecília da Silva Ribeiro – CEREST Estadual de Roraima – Gerente do CEREST/RR
Taciana Lemos Barbosa – CEREST Amazonas – Universidade do Estado do Amazonas (UEA)
REGIÃO CENTRO-OESTE
Maelison Silva Neves – Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)
Daniela Rodrigues – Universidade de Brasília (UnB)
Raquel de Brito Sousa – Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)
REGIÃO SUDESTE
Frida Marina Fischer – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública
Sergio Roberto de Lucca – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas
José Roberto Montes Heloani – Universidade Estadual de Campinas – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Bruno Chapadeiro Ribeiro – Universidade Federal Fluminense (UFF)- Instituto de Ciências Humanas e Sociais
Andréia Aparecida de Miranda Ramos – Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)
Elaine Maria Silva das Neves – Central Única dos Trabalhadores-CUT-SP-Brasil – Secretaria Nacional de Saúde do Trabalhador.
Luis Henrique da Costa Leão – Universidade Federal Fluminense (UFF) – Instituto de Saúde Coletiva
Patrícia Vieira Trópia – Universidade Federal de Uberlândia – Instituto de Ciências Sociais
Simone Santos Oliveira – CESTH-FIOCRUZ – RJ
Vera Lúcia Navarro – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto-USP/Ribeirão Preto-SP
Sílvia Jardim – Universidade Federal do Rio de Janeiro

continua...

continuação

CEREST – Região Sudeste
Cinthia Soares Lisboa Cerest Estadual – MG
Debora Lopes de Oliveira – Secretaria Municipal de Duque de Caxias/RJ – Técnica do CEREST
Janaína de Oliveira Ribeiro – Divisão de Saúde do Trabalhador/CEREST Estadual – CEREST de Volta Redonda (RJ)
Pamella Costa – Cerest Médio Paraíba II
REGIÃO SUL
Fernanda Moura D'Almeida Miranda – Universidade Federal do Paraná (UFPR)
Álvaro Roberto Crespo Merlo – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social
Daniele Almeida Duarte – Universidade Estadual de Maringá (UEM) – Centro de Ciências Humanas Letras e Artes
Evelise Dias Antunes – Instituto Federal do Paraná (IFPR)
Fabiane Konowaluk Santos Machado – SINDISPREV RS, Secretaria de Saúde do Trabalhador
CEREST – Região Sul
Adriana Skamvetsakis – Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul – CEREST Vales
FUNDACENTRO
Rogério Bezerra da Silva – Fundacentro São Paulo
Juliana Andrade Oliveira – Fundacentro São Paulo
Jefferson Peixoto da Silva – Fundacentro São Paulo
Ana Rubia Wolf Gomes – Fundacentro São Paulo

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

ÍNDICE REMISSIVO

A

Ações de vigilância 20, 21, 26, 74, 85, 89, 125, 126, 128, 134, 140, 144, 148, 174, 177, 180

Adoecimento mental 15, 16, 17, 25, 30, 31, 59, 61, 68, 74, 76, 81, 82, 131, 134, 145, 148, 153, 154, 156, 175, 176, 181, 183

Afastamento 9, 13, 15, 16, 92, 95, 107, 133, 161, 162, 164, 171

Ambiente de trabalho 15, 41, 42, 80, 93, 94, 95, 96, 102, 103, 106, 119, 130, 131, 133, 134, 163, 165, 168, 169, 176

Ansiedade 14, 32, 33, 34, 49, 75, 82, 90, 91, 98, 120, 130, 161, 176

Assédio moral 15, 53, 76, 77, 80, 83, 89, 93, 94, 95, 96, 97, 114, 118, 123, 129, 130, 134, 182, 199

Atenção à saúde 18, 27, 73, 74, 85, 116, 117, 125, 126, 127, 131, 132, 135, 139, 144, 155, 173, 179, 180, 181, 182, 196

Atenção integral 13, 24, 25, 73, 74, 126, 139, 153, 176, 181, 182, 183, 200

B

Burnout 11, 38, 49, 75, 91, 93, 98, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 129, 130, 162, 164, 176, 182, 199

C

Comportamento 11, 75, 76, 83, 89, 91, 95, 96, 97, 165

D

Depressão 11, 14, 32, 33, 34, 38, 39, 67, 82, 89, 90, 91, 92, 95, 97, 98, 129, 130, 176, 182

Diagnóstico 11, 20, 77, 81, 89, 92, 94, 95, 96, 98, 101, 104, 106, 109, 175, 180, 182

Doenças relacionadas ao trabalho 74, 79, 85, 89, 93, 102, 103, 109, 111, 112, 143, 153, 154, 196

E

Emprego 14, 16, 32, 33, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 92, 118, 132, 152

Enfermagem 39, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 90, 107, 182, 185, 196, 197, 198

Esgotamento 62, 93, 101, 102, 105, 129, 130, 182

Estresse pós-traumático 11, 76, 77, 89, 90, 91, 94, 130, 145, 182

F

Fatores psicossociais 34, 77, 91, 93, 95, 96, 97, 98, 99, 131, 148, 150, 152, 154, 156, 162, 179, 180, 181, 199

I

Intervenções 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 24, 31, 42, 43, 44, 73, 109, 125, 126, 132, 135, 147, 149, 152, 154, 155, 163, 168, 175, 180

M

Ministério da Saúde 10, 19, 23, 26, 29, 73, 78, 90, 91, 93, 104, 109, 111, 116, 123, 140, 145, 146, 159, 177, 178, 200

Mundo do trabalho 13, 20, 31, 35, 36, 42, 47, 48, 59, 60, 61, 67, 80, 91, 111, 114, 118, 127, 152, 174

O

Observatório nacional 13, 17, 23, 24, 27, 63, 110, 157, 174, 195

Organização do Trabalho 10, 15, 20, 77, 92, 93, 94, 95, 96, 109, 114, 116, 130, 131, 134, 135, 156, 165, 168

P

Pandemia 9, 14, 20, 21, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 47, 90

R

Retorno ao trabalho 26, 92, 106, 152, 161, 162, 165, 167, 168, 170, 171, 181

S

Saúde coletiva 19, 20, 22, 29, 65, 112, 126, 159, 160, 186, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200

Saúde do trabalhador 17, 20, 22, 25, 27, 29, 35, 48, 53, 63, 68, 73, 74, 75, 85, 97, 99, 123, 125, 126, 127, 128, 131, 133, 139, 140, 144, 145, 153, 159, 166, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 186, 187, 193, 194, 195, 196, 198, 199, 200

Saúde mental 3, 4, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 62, 63, 66, 68, 73, 74, 75, 78, 81, 85, 86, 89, 91, 99, 101, 104, 109, 110, 113, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 159, 161, 166, 168, 169, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 193, 195, 198, 199, 200

Saúde ocupacional 48, 49, 52, 99, 112, 159, 194, 198, 200

Saúde pública 4, 26, 30, 45, 74, 85, 111, 151, 160, 161, 171, 186, 193, 196, 197, 199, 200

Serviços de saúde 15, 19, 23, 24, 25, 26, 35, 49, 54, 68, 74, 111, 125, 126, 147, 154, 195

Sintomas 9, 38, 75, 76, 77, 79, 81, 83, 91, 95, 96, 103, 104, 119, 120, 156, 161, 163, 165

Sociedade 9, 24, 27, 31, 47, 60, 64, 105, 114, 159

Sofrimento psíquico 13, 19, 22, 59, 61, 62, 67, 74, 77, 81, 119, 120, 126, 130

Suicídio 14, 15, 20, 32, 33, 65, 66, 80, 81, 90, 96, 97, 120, 121, 123, 130, 175, 176, 180, 182

T

Trabalhador 17, 18, 20, 22, 25, 26, 27, 29, 36, 37, 40, 42, 43, 48, 53, 61, 63, 64, 65, 68, 73, 74, 75, 78, 79, 81, 85, 97, 99, 106, 109, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 120, 123, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133, 139, 140, 144, 145, 153, 159, 160, 163, 165, 166, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 186, 187, 193, 194, 195, 196, 198, 199, 200

Transtornos mentais 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 29, 62, 63, 73, 74, 75, 77, 78, 80, 81, 82, 85, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 98, 99, 108, 117, 126, 131, 145, 160, 161, 163, 168, 169, 171, 175, 176, 179, 180, 195

V

Vigilância em saúde mental 11, 18, 19, 26, 29, 73, 75, 85, 139, 140, 142, 145, 146, 148, 159, 177, 178, 195

Violência 11, 15, 18, 62, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 114, 123, 152, 153, 179, 180

SOBRE OS AUTORES

Adriana Skamvetsakis

Graduação em Medicina pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (1992), especialização em Medicina do Trabalho pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993), pós-graduada em Aperfeiçoamento em Saúde do Trabalhador pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (2006) e. Pós-graduada em Saúde do Trabalhador pela Universidade de Santa Cruz do Sul (2016), pós-graduanda em Perícias Médicas. Atuação em equipe multidisciplinar no Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador da Região dos Vales – CEREST/Vales, de fevereiro/2004 até o momento atual. Atualmente é Presidente da Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Abrastt), gestão 2024-2025 e Coordenadora Adjunta do Observatório Saúde Mental e Trabalho. CV: <http://lattes.cnpq.br/2658665490503070>

Álvaro Roberto Crespo Merlo

Médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1975, Especialista em Santé Publique et Nutrition dans le Développement pela Université Paris I (Panthéon-Sorbonne) em 1979, Mestre em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1989, Doutor em Sociologia pela Université Paris VII (Denis Diderot) em 1996. Especialista em Medicina do Trabalho pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 2001. Professor Titular aposentado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Faculdade de Medicina, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da UFRGS. É Professor Médico-Docente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no Serviço de Medicina Ocupacional/Ambulatório de Doenças do Trabalho e na Residência em Medicina do Trabalho.

Ana Claudia Gasta Fassa

Possui graduação em Medicina (1988), Mestrado em Epidemiologia (1995) e Doutorado em Epidemiologia (2000) pela

Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Foi Takemi Fellow na Harvard T.H. Chan School of Public Health (1999) e realizou Pós-doutorado na University of Massachusetts at Lowell (2007). Realizou atividades de consultoria para a Organização Mundial de Saúde em Genebra e para a Organização Internacional do Trabalho no Brasil, na Costa Rica e em Genebra, na área de trabalho infantil e saúde, assim como, para a Organização Pan-americana da Saúde em Washington em temáticas de saúde do trabalhador. É professora do Departamento de Medicina Social (DMS) da UFPel desde 1995. Foi chefe (2002-2006) e vice-chefe do Departamento (2015-2017). Foi professora titular do Departamento de Medicina Social (2017-2022). Atuou como docente permanente e membro do colegiado de curso do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia (1997-2022) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) (2015-2022). Foi coordenadora do Mestrado Profissional de Saúde da Família da UFPel e membro da Comissão Acadêmica Nacional (2016- 2020). Foi coordenadora adjunta (2011-2017) e coordenadora (2018-2019) do Curso de Especialização em Saúde da Família – EaD UNA-SUS – UFPel. Representou a Universidade Federal de Pelotas na Rede Universidade Aberta do SUS (2011-2022). Representou o Departamento de Medicina Social no Conselho Deliberativo da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (2015-2022). Foi Assessora Regional de Saúde do Trabalhador da Organização Pan-Americana da Saúde em Washington DC (2022-2024). Desde 2022, é professora voluntária aposentada e continua como docente permanente do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFPel. É líder do grupo de pesquisas AQUARES, certificado pelo CNPq, desenvolvendo parcerias com pesquisadores de Universidades estrangeiras como a Harvard TH Chan School of Public Health, a University of Massachusetts at Lowell, a University College London e a London School of Hygiene and Tropical Medicine. É editora associada da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional e revisora de inúmeras revistas nacionais e internacionais. Tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em epidemiologia, atuando principalmente nos seguintes

temas: trabalho infantil, saúde do trabalhador rural, epidemiologia ocupacional, avaliação de serviços de saúde, atenção primária à saúde e educação na saúde.

Analinne Maia

Professora de Pós Graduação na área da Saúde Mental. Pesquisa sobre Saúde Mental e Trabalho. Mestrado em Psicologia (Processos Cognitivos e Medidas Psicológicas) pela Universidade Federal de Alagoas. Psicóloga e Técnica da Vigilância em Saúde do Trabalhador nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador Estadual de Alagoas e Regional Maceió, sendo responsável pela Vigilância dos Transtornos Mentais e Violências Relacionadas ao Trabalho. Formação Internacional em Saúde Mental e Atenção Psicosocial em Desastres pela Fiocruz/Brasília, atuando na área com foco na Saúde do Trabalhador. Membro do Observatório Nacional de Saúde Mental e Trabalho, compondo o Grupo de Trabalho de Vigilância em Saúde Mental do Trabalhador.

Bruno Chapadeiro Ribeiro

Possui graduação em Psicologia (2009) e mestrado em Ciências Sociais (2013) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (2018) com período sanduíche na École des hautes études en sciences sociales (EHESS/Sorbonne) em Paris, França e pós-doutorado em Saúde Coletiva pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp). Atualmente é professor adjunto da Universidade Federal Fluminense (UFF). Cadastrado nos Grupos de Pesquisa CNPq Núcleo de Estudos Trabalho, Saúde e Subjetividade (NETSS/Unicamp), no Laboratório de Pesquisa em Psicologia, Organizações, Saúde, Trabalho e Educação (LAPOSTE/UFF) e no Laboratório das Clínicas do Trabalho (Unesp-Assis). Membro da gestão 2024-2026 da Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO) e dos GTs ‘Saúde do Trabalhador’ da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), ‘Trabalho, Subjetividade e Práticas Clínicas’ da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em

Psicologia (ANPEPP) e ‘Trabalho, Gestão e Saúde Psicossocial’ do Conselho Federal de Psicologia (GTPOT-CFP).

Eliane Cardoso Sales

Graduação em Medicina pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (1992), Residência em Medicina Social pela Universidade Federal da Bahia UFBA; Mestrado em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (2002) e Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (2009), com doutorado sanduíche na Université du Quebec à Montreal UQAM-CA. Possui título de especialista em Medicina do Trabalho conferido pela Associação Nacional de Medicina do Trabalho ANAMT. É médica do trabalho na Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador SESAB/SUVISA/DIVAST-CESAT. Preceptora da Residência em Medicina do Trabalho FAMED-UFBA. Coordena o módulo de Doenças relacionadas ao trabalho dos cursos de Pós Graduação em Higiene e Segurança da Escola Politécnica da UFBA e do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial SENAI. É consultora do Serviço Social da Indústria SESI – Centro de Epidemiologia e Centro de Inovação e Prevenção da Incapacidade.

Elisabete Maria das Neves Borges

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Pós-Doutoramento pela Universidade de Oviedo, Espanha. Doutorado em Enfermagem pelo Instituto Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Mestre em Filosofia-Bioética pela Faculdade de Filosofia da UCP, Braga. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária. Certificada com a Competência Acrescida Diferenciada em Enfermagem do Trabalho, pela Ordem dos Enfermeiros. Investigadora do Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS@RISE). Investigadora principal do Health Work International Project (HWOPI). Membro da Red Internacional de Enfermería en salud ocupacional (RedENSO). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6478-1008>. elisabete@esenf.pt

Frida Marina Fischer

Graduação em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo (USP), (1971), mestrado em Saúde Pública pela USP (1980) e doutorado em Saúde Pública pela USP (1984). Realizou pós-doutorado no Institute of Occupational Health (Dortmund, Alemanha, 1984), Especialização em Ergonomia (Instituto de Psicologia da USP). Desde agosto de 1998 é professora titular da Universidade de São Paulo. Faz parte do Conselho Científico da Associação Brasileira de Ergonomia. É membro da Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Foi presidente da Working Time Society e chair do SubComitê da ICOH Shiftwork and Working Time, de 2010 a abril de 2018. Foi eleita membro do Board da International Commission on Occupational Health em abril de 2018 por um período de 3 anos, estendido até 2022, e reeleita para o período 2022-2024. É editora associada da Revista de Saúde Pública desde 2005; Editora Associada da Revista Brasileira de Epidemiologia de 2015 até 2020; Editora científica da Revista Brasileira de Medicina do Trabalho (juntamente com a Prof. Elizabeth Dias), de 2016 a 2019 e membro do conselho editorial (2019- atual). Membro do Board do Journal of Occupational Health Psychology e Contributing Editor da American Journal Industrial Medicine. Associate Editor do periódico Chronobiology International a partir de 2020. Tem experiência em pesquisa e ensino na área de Saúde Coletiva, Saúde Pública. Em 2012 recebeu o título de Fellow da International Ergonomics Association. Em setembro de 2019 recebeu o título de Fellow da Working Time Society. A partir de 01/03/22 foi concedida a bolsa de produtividade do CNPq, 1A.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Fernanda Moura D’Almeida Miranda

Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Vice-coordenadora do Curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem da UFPR. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFPR. Doutora em Enfermagem UFPR, com estágio de doutoramento na Università degli Studio di Milano – Clínica del Lavoro

Luigi Devoto. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Multiprofissional em Saúde do Adulto (GEMSA/UFPR). Editora Assistente da Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. Editora Associada da Revista de Enfermagem UERJ. Membro do Conselho Editorial da Editora UFPR (2023/2025). Diretora de Relação Institucional da Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (ABRASTT) – Gestão 2023/2025. Representante da ABRASTT na Frente Amplia de Defesa da Saúde do Trabalhador. Membro da International Commission on Occupational Health (ICOH). Membro da Rede de Enfermagem em Saúde Ocupacional Internacional (REDENSO). Coordenadora Científica do Observatório de Saúde Mental e Trabalho. Membro do Observatório dos Impactos das Novas Morfologias do Trabalho sobre a Vida e Saúde da Classe Trabalhadora do IEA/USP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7140-9557>. E-mail: fernandamiranda@ufpr.br

Maelison Silva Neves

Sindicalista no movimento docente, psicólogo, doutor em Saúde Coletiva, docente no departamento de Saúde Coletiva da UFMT, pesquisador do Núcleo de Estudos Ambientais, Saúde e Trabalho do Instituto de Saúde Coletiva (NEAST – UFMT) e Professor do quadro permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/UFMT, atuando principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia crítica, trabalho, questão agrária, questão ambiental e saúde, com ênfase em saúde mental nas regiões produtivas do agronegócio. Também compõe o Observatório Nacional de Saúde Mental e Trabalho. Email: maelison@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9187-6283>

Sérgio Roberto de Lucca

Graduado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas-FCM-Unicamp (1983); Doutor em Ciências Médicas pela Unicamp (1992) e Professor Associado da Área de Saúde do Trabalhador do Departamento de Saúde Coletiva da FCM-Unicamp (2016). Possui especialização

em Medicina do Trabalho e Meio Ambiente. Atualmente é professor nos Programas de Pós Graduação de Saúde Coletiva, nas linhas de pesquisa Saúde, Trabalho Ambiente; Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces, e nos programas de Mestrado Profissional Saúde Coletiva Políticas e Gestão de Saúde e de Ciência Aplicada na Qualificação Médica. Pesquisador sobre Fatores Psicossociais e Trabalho, Saúde Mental trabalho, Síndrome de Burnout dos profissionais de saúde e professores, Violências e assédio moral no trabalho. Coordenador do Laboratório de Estudos de Saúde e Trabalho (ESTER) da FCM-Unicamp e integrante do GT de Saúde Mental e Trabalho da Frente Ampla de saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras.

Simone Santos Oliveira

Pós-doutorado em Psicologia do Trabalho pela Faculdade de Psicologia e das Ciências da Educação da Universidade do Porto – Portugal (2012); Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (2007); Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (1995) e graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal Fluminense (1985). Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ (2016-2019). Líder do Grupo de Pesquisa e Intervenção em Atividade de Trabalho, Saúde e Relações de Gênero (PISTAS/CNPq); Membro do Grupo de Trabalho “Modos de vida e Trabalho” da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP); Coordenadora do AT Água e Desastre da Rede Waterlat-Gobacit. Membro do GT Saúde do Trabalhador da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO). Integrante do Fórum de Mudanças Climáticas e Justiça Socioambiental/FMCJS. Docente Permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ. e-mail:simone.soliveira@fiocruz.br

Tânia Maria de Araújo

Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), Mestrado em Saúde Comunitária pela Universidade

Federal da Bahia (1994), Doutorado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (1999), Pós-doutorado na University of Massachusetts, Estados Unidos (2004) e na Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU) (2019). Professora Visitante da Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf (HHU), Alemanha (2018-2019). Atualmente, Professora Titular Pleno da Universidade Estadual de Feira de Santana. Coordenadora do Núcleo de Epidemiologia da UEFS. Docente dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UEFS) e de Saúde, Ambiente e Trabalho (UFBA). Membro da Comissão de Epidemiologia (2018-2021) e do GT Saúde Mental da Associação Brasileira de Saúde Coletiva/ABRASCO. Membro da Coordenação Colegiada da Comissão de Epidemiologia/ABRASCO (2022-2024). Co-Chair do Comitê de Work Organization & Psychosocial Factors da International Commission on Occupational Health, (ICOH-WOPS) (gestão 2018-2022 e 2022-2024). Membro da Comissão de Avaliação Quadrienal dos Programas de Pós-Graduação Acadêmico da CAPES (2022). Editora Associada da Revista Brasileira de Epidemiologia (Saúde Mental), da Revista Ciência & Saúde Coletiva (área de Saúde e Trabalho) e da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. Participou do GT que elaborou o Protocolo de Distúrbios Vocais Relacionados ao Trabalho (DVRT), publicado pelo Ministério da Saúde, em 2018. Participou do GT que discutiu as Diretrizes de Vigilância e Atenção Integral à Saúde Mental Relacionada ao Trabalho criado pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (2017). Coordena o GT Saúde Mental e Trabalho da Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores. Diretora Científica Adjunta da Associação Brasileira de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (ABRASTT), Gestão 2022-2023. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2766-7799>. email: araujo.tania@uefs.br

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SOBRE O LIVRO

Tiragem: não comercializada

Formato: 14 x 21 cm

Mancha: 10,3 x 17,3 cm

Tipologia: Times New Roman 10,5 | 11,5 | 13 | 16 | 18

Arial 8 | 8,5

Papel: Pôlen 80 g (miolo)

Royal | Supremo 250 g (capa)