

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA

Saúde Mental Relacionada ao Trabalho no Centro
Estadual de Referência de Saúde do Trabalhador de
Mato Grosso (MT)

Marta Ester Conciani

Dissertação apresentada ao Curso
de Mestrado em Saúde Coletiva
para fins de análise de pré-banca.

Área de concentração: Saúde
Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Marta
Gislene Pignatti

Cuiabá
2013

**Saúde Mental Relacionada ao Trabalho no Centro
Estadual de Referência de Saúde do Trabalhador de
Mato Grosso
(MT)**

Marta Ester Conciani

**Dissertação apresentada ao
Curso de mestrado em Saúde
Coletiva para fins de análise de
prébanca.**

**Área de concentração: Saúde
Coletiva**

**Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marta
Gislene Pignatti**

**Cuiabá
2013**

RESUMO

A Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) é um campo de estudos interdisciplinar que tem por objeto o trabalho humano e suas relações com os processos de saúde-doença mental. Articula-se com a ST (Saúde do Trabalhador), ao considerar a historicidade apresentada e vivida pelos trabalhadores, inseridos ou não no mercado de trabalho, e nos diferentes contextos, além de nos efeitos que o trabalho precário exerce sobre eles. A ST constitui-se em torno da abrangência e da articulação de três grandes campos: o de conhecimento; o técnico e político e o das intervenções e práticas. Tem por base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e se organiza por meio da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) são unidades especializadas em saúde do trabalhador e são seu principal articulador. Este trabalho tem por objetivo analisar a incorporação da SMRT no CEREST de Mato Grosso (CEREST/MT), por meio de pesquisa documental, observação participante acerca da organização do trabalho e da identificação das concepções sobre a relação trabalho e saúde-doença mental, tendo como pressuposto o fato de que o trabalho ocupa posição central na vida das pessoas. Metodologicamente se apoiou no agir comunicativo aplicado à gestão da saúde. Os resultados demonstram que, diferente do nível nacional, não há elementos do processo comunicativo presentes nos documentos de abrangência estadual, o processo de trabalho voltado para ações de SMRT é frágil e os agentes institucionais não as reconhecem como sendo desse campo. Foram encontradas diversas concepções sobre trabalho, saúde mental e SMRT. Os prejuízos da ausência da ação comunicativa voltada para a saúde mental do trabalhador, no âmbito do CEREST/MT, iniciam com uma fragilidade conceitual que repercute na subnotificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho e nas ações que chegam ou deixam de chegar ao usuário do SUS. Esses prejuízos podem ser entendidos como uma falha no processo de interação e pactuação da norma entre os níveis federal e estadual demonstrando que, institucionalmente, não foi alcançada a plenitude dos processos de negociação. A ausência de uma concepção hegemônica

de SMRT limita o agir dos sujeitos e interfere na realização de ações compatíveis com a garantia de direitos trabalhistas.

DESCRITORES: saúde do trabalhador, saúde mental, trabalho, CEREST, Saúde Mental Relacionada ao Trabalho

ABSTRACT

The Mental Health Related to the Work (SMRT) is an interdisciplinary field of studies that has the human work and its relationships with the processes of mental health-disease as its object. It is consistent with Worker Health's (ST) , when considering the historicity presented and lived by the workers, inserted or not in the job market, and in the different contexts; and also in the effects that the precarious work has on them. The ST is constituted around the range and the articulation of three main fields: the knowledge one; the technical and political one; and the interventions and practices one. It is based on the principles of Brazil's National Health System (SUS) and it is organized through the National Network for Worker's Whole Health Care (RENAST). The principal coordinators are the Worker's Health Referral Centers (CEREST'S), which are units specialized in the worker's health. This work aims at analyzing the incorporation of SMRT at CEREST of Mato Grosso (CEREST/MT), through documental research, participant observation concerning the organization of the work; and of the identification of the conceptions on the relation between work and mental health-disease. It is based on the assumption that work occupies central position in the lives of people. Methodologically, it relied upon the communicative acting applied to the health management. Results have demonstrated that, different from the national level, there are no elements of the communicative process present in the documents of state coverage; the work process directed to SMRT actions is fragile and the institutional agents do not recognize them as being part of such a field. Several conceptions about work, mental health and SMRT were found. The damage of the absence of the communicative action aimed at the worker's mental health, in the context of CEREST/MT, begins with a conceptual fragility that resounds in the sub-notification of the mental disorders related to the work and in the actions that arrive or stop arriving to the user of SUS. That damage can be understood as a failure in the process of interaction and agreement of the norm between the federal and state levels demonstrating that institutionally the wholeness of the negotiation processes was not reached. The absence of a SMRT hegemonic

conception limits the acting of the subjects and it interferes in the accomplishment of compatible actions with the guarantee of labor rights.

DESCRIPTORS: worker's health, mental health, work, CEREST, Mental Health Related to the Work

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 PROBLEMA DE PESQUISA.....	15
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivos específicos.....	22
4 MARCO REFERENCIAL.....	23
4.1 Trabalho e saúde Mental: vertentes teóricas.....	23
4.2 Saúde do Trabalhador e SMRT no Brasil.....	36
5 METODOLOGIA.....	42
5.1 As técnicas de coleta de dados.....	46
5.2 Os sujeitos.....	47
5.3 A interpretação de dados.....	50
6 RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	52
6.1 Perspectiva institucional da inserção da SMRT no CEREST/MT: Ações normativas e técnicas.....	54
6.1.1 Dimensões normativas e técnicas expressas nos documentos de abrangência nacional.....	55
6.1.2 A normalização da SMRT no CEREST/MT.....	64
6.2 Processo de trabalho no CEREST.....	79
6.3 Subjetividade da ação institucional: concepções pessoais sobre saúde mental e trabalho.....	92
6.3.1 Trabalho como base material.....	94
6.3.2 Saúde Mental e mercado de trabalho e de “saúde”.....	97
6.3.3 Saúde Mental e Trabalho: perspectivas integradoras e contraditórias ao campo da SMRT.....	101
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
8 REFERÊNCIAS.....	120

APÊNDICES

Apêndice 1- Roteiro para observação.....	134
Apêndice 2 - Roteiro para entrevista.....	135
Apêndice 3 - Dados sócio demográficos.....	136
Apêndice 4 - Termo de Consentimento Livre e esclarecido.....	137
Apêndice 5 - Orçamento da pesquisa	138

ANEXO

Anexo 1.....	139
Anexo 2.....	140

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Comunicação Interna de acidente de Trabalho (CAT)
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador de Mato Grosso (CEREST/MT)
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST)
Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS)
Comissão Estadual Interinstitucional em Saúde do Trabalhador (CEIST)
Classificação Internacional de Doença (CID)
Comissão Local de Saúde do Trabalhador (CLST)
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Cooperativa dos Trabalhadores Produtores de Material Reciclado (COOPEMAR)
Coordenadoria de Saúde do Trabalhador (COSAT)
Escola de Saúde Pública (ESP)
Escritório Regional de Saúde (ERS)
Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (FEPETI)
Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS)
Instituto de Saúde Coletiva (ISC)
Mato Grosso (MT)
Ministério da Saúde (MS)
Ministério do Trabalho e Emprego (MTE)
Ordem dos Advogados do Brasil (OAB)
Organização Internacional do Trabalho (OIT)
Organização Mundial de Saúde (OMS)
Organização Panamericana de Saúde (OPAS)
Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD)
Plano de Trabalho Anual (PTA)
Plano de Trabalho Mensal (PTM)
Profissional de Nível Superior do SUS (PNS-SUS)
Programação Anual em Saúde (PAS)

Programas de Saúde do Trabalhador (PST)
Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT)
Saúde do Trabalhador (ST)
Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT)
Secretaria de Estado de Educação (SEDUC)
Secretaria Municipal de Educação, Desporto e Lazer (SMEDEL)
Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT)
Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
Sistema de Informação em Saúde (SIS)
Sistema Único de Saúde (SUS)
Superintendência Regional do Trabalho e Emprego em Mato Grosso (SRTE/MT)
Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS)
Rede Nacional da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT)

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) se articula com a ST, ao considerar a historicidade apresentada e vivida pelos trabalhadores, inseridos ou não no mercado de trabalho e nos diferentes contextos, sejam eles geopolíticos, socioeconômicos e culturais, de forma a alcançar a subjetividade dos que vivem do trabalho ou ainda dos que se encontram fora do contexto produtivo e que sofrem por esse motivo (SELIGMANN-SILVA, 2009; ARAÚJO, 2011; BRANT e GOMEZ, 2011), e ainda por reconhecer que, pela relevância e posição que o trabalho ocupa na vida das pessoas, este deve ser considerado na conformação do processo de saúde e/ou de adoecimento dos trabalhadores.

Ao definir a saúde mental e trabalho como campo que compõe a saúde do trabalhador, e mais especificamente, a partir da definição deste enquanto SMRT, tem-se ser este um campo de estudos interdisciplinar que tem por objeto o trabalho humano e suas relações com os processos de saúde-doença relacionados à vida psíquica, em nível individual e também no coletivo.

A Saúde do Trabalhador (ST) constitui-se em torno da abrangência e da articulação de três grandes campos: o de conhecimento; o técnico e político e o das intervenções e práticas.

Tem suas origens em um amplo movimento social que se contrapôs às mudanças mundiais de reestruturação produtiva e passou a reconhecer a determinação social do processo saúde-doença e a centralidade do trabalho na determinação social da doença, e na identificação do trabalhador enquanto sujeito de si e da sua ação.

Ao se constituir como campo das intervenções e de práticas, a ST tem por base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e se organiza em rede. Por sua vez, que é denominada Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e tem como seu principal articulador o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Os CEREST são unidades especializadas em saúde do trabalhador e tem como uma das principais funções trabalhar em favor da articulação inter e intrasetorial em se tratando de saúde do trabalhador.

Este trabalho trata da análise da incorporação da SMRT no Centro Estadual de Referência em saúde do Trabalhador (CEREST/MT), por meio de pesquisa documental, observação participante acerca da organização do trabalho; e da identificação das concepções dos sujeitos sobre a relação trabalho e saúde-doença mental.

Tem como pressuposto o fato de que o trabalho ainda ocupa posição central na vida das pessoas. Metodologicamente se apoiou no agir comunicativo de Habermas (1995), aplicado à gestão da saúde por Rivera (1995). Isso porque, as concepções dos sujeitos institucionais orientam as ações dos mesmos, na medida em que conduzem e induzem a implementação dessas no processo de trabalho. Assim, nesta investigação foi considerado como o processo comunicativo interferiu na maneira como essas concepções orientavam as ações de SMRT, no âmbito do CEREST/MT.

Neste sentido, o interesse em realizar este estudo iniciou com a constatação de que há um aumento no número de situações de adoecimento mental de trabalhadores em decorrência do contexto atual do mundo do trabalho (BERNARDO e GARBIN, 2011).

Somou-se a essa situação o fato de não serem encontrados, em Mato Grosso, estudos que tivessem sistematizado iniciativas do CEREST/MT em torno do tema em questão, ainda que socialmente houvesse um reconhecimento das interferências do trabalho na vida psíquica do trabalhador, haja vista matérias recentes veiculadas em dois jornais distintos e de circulação estadual sobre o acometimento de transtornos ou sofrimentos mentais entre professores (RODRIGUES, 2012) e policiais (BRANDÃO, 2012) no estado de Mato Grosso.

A identificação de uma lacuna entre os dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e os dados de afastamentos previdenciários de trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho (BRASIL, 2012);

também se constituíram em encorajamento para prosseguir com esta investigação junto ao CEREST/MT, uma vez ser esse a unidade de saúde responsável por dar encaminhamentos políticos e técnicos no âmbito da saúde do trabalhador.

Outro elemento bastante significativo que interferiu na escolha do tema e da linha de pesquisa deveu-se à minha atuação na área de saúde mental, quer seja na assistência, quer seja na pesquisa.

A pertinência deste estudo encontra-se inicialmente na busca pela identificação da forma que os sujeitos envolvidos no trabalho do CEREST/MT concebem a SMRT e incorporam as ações desse campo no processo de trabalho do CEREST/MT.

A relevância do mesmo encontra-se na magnitude em torno do tema e na necessidade de trazer à tona discussões sobre a SMRT, tão pouco difundidas e discutidas em Mato Grosso, ainda que este estado possua características singulares: expressivo processo atual de migração, constatações de situações de trabalho análogas ao trabalho escravo e o fato das condições climáticas (temperaturas elevadas) exercer um papel importante para a saúde mental dos trabalhadores.

Por fim, ampliar a produção de conhecimentos sobre o trabalho para além da compreensão estritamente objetiva, no sentido de somente mapear os riscos e conhecer as principais doenças e agravos que comprometem a saúde do trabalhador, é uma estratégia de fortalecimento do campo que compõe a saúde do trabalhador, denominado SMRT e poderá ainda contribuir para a reflexão interna no âmbito da SES e do CEREST/MT como orientadores de práticas.

Para fins de organização este trabalho divide-se em três partes. A primeira apresenta a perspectiva institucional da inserção normativa e técnica, encontrada na esfera nacional, qual seja a do Ministério da Saúde (MS) e na esfera estadual a do CEREST/MT.

A segunda parte traz a discussão sobre o processo de trabalho voltado para as ações de SMRT no CEREST/MT.

A terceira parte se concentra em apresentar e discutir as concepções de trabalho e de saúde mental, que compõem a concepção de SMRT encontradas entre os sujeitos da ação.

2 PROBLEMA DE PESQUISA

O problema de pesquisa esteve situado na interface entre a organização do trabalho na sociedade contemporânea, suas repercussões no âmbito da SMRT e as ações do governo brasileiro em organizar, no interior do SUS, uma estratégia de intervenção para o atendimento das necessidades de saúde de um grupo específico, qual seja, os trabalhadores. Isso com ênfase na SMRT.

Foram consideradas as interferências dos modelos de gestão na subjetividade do trabalhador e na maneira como este lida com as novas formas de flexibilização e acumulação, inauguradas pelos modelos toyotistas, que passaram a exigir mais da dimensão intelectual do trabalho.

No entanto, pela forma como o trabalhador se coloca no trabalho, ou seja, como sujeito da ação, pode-se dizer que atualmente, todo trabalho é considerado mental, embora seja perceptível uma divergência entre o sentido que é dado ao trabalho pelo trabalhador, e o sentido que o capital lhe atribui; o que repercute na subjetividade do trabalhador (ANTUNES, 2007).

Essa repercussão pode provocar efeitos na saúde do trabalhador, e mais ainda na saúde mental do mesmo. Esses efeitos podem ser reconhecidos na forma de desgaste ou adoecimento mental e são de interesse da saúde pública e mais especificamente da saúde do trabalhador.

No âmbito do SUS, os registros de transtornos mentais relacionados ao trabalho são passíveis de notificação no SUS por meio do SINAN, à medida que esses foram reconhecidos como um agravo ou doença de notificação. Isso porque, no Brasil, diferentemente de outros países de produção capitalista, a saúde do trabalhador é objeto de intervenção da saúde pública sendo constituída sob o modelo de vigilância da saúde (GOMEZ, 2011) e os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) fazem parte desse processo.

Por sua vez, o SINAN evidencia que não existe homogeneidade nas notificações em nível nacional. Com efeito, apesar do número baixo, da inconstância

e da flutuação no número de notificações pertinentes a transtornos mentais na sua relação com o trabalho, entre os anos de 2006 e 2009, os estados de Alagoas, Amapá, Amazonas, Goiás, Piauí e Rondônia não notificaram nenhum caso (BRASIL, 2009a).

Esses dados suscitam dúvida quanto à consistência e à fidedignidade do SINAN em expressar a realidade, uma vez que, a exemplo dos outros estados brasileiros, os estados mencionados tiveram, no ano de 2009, de acordo com a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD), percentuais acentuados de pessoas que nos últimos cinco anos tiveram situação de conflito na área trabalhista (IBGE, 2009). Essa é uma experiência que minimamente propiciou algum desconforto ao trabalhador, podendo ser incompatível com os dados do SINAN.

Vale destacar que entre os estados brasileiros, Mato Grosso (MT), foi um dos poucos estados que entre os anos de 2006 e 2009, notificou, no SINAN, transtorno mental relacionado ao trabalho. O número de casos notificados, nesse período, foi: dois casos em 2006, quatro casos em 2007, um caso em 2008 e sete casos em 2009 (BRASIL, 2009a).

Embora haja essa constância em se tratando de notificações, percebe-se existir no estado, a exemplo de outros, uma flutuação no número de registros. Além disso, observa-se também uma lacuna considerável na abordagem do tema no que se refere à produção de conhecimento para além da publicação dos números de notificação em um boletim epidemiológico (MATO GROSSO, 2011a). Isso porque, entre outras análises, constatou-se que o estado possui situações que comprometem a saúde mental do trabalhador e uma delas é a migração.

Em estudo realizado nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso, (CAPS) foi encontrada associação significativa da migração com o transtorno de humor, com a esquizofrenia e com outros transtornos delirantes, chegando-se à conclusão que a migração se configura como variável de real importância no processo de saúde-doença mental (TERZIAN *et al*, 2007, OLIVEIRA *et al*, 2008).

Vale destacar que as práticas migratórias estão intimamente ligadas com o processo de trabalho, uma vez que na maioria das vezes à busca por melhores condições de vida, por meio de uma nova possibilidade de emprego, renda e

formação profissional, além do próprio desemprego, situações características da instabilidade social e econômica. Dessa forma, em Mato Grosso a migração é significativa e certamente impõe condições de vida que afetam a saúde-doença mental da população na maioria dos municípios (JOANONI NETO, 2007).

Essa instabilidade que influencia fluxos migratórios repercute em todas as esferas da vida do trabalhador. Muitas vezes, a família é esgarçada, processos culturais são atingidos e laços afetivos são quebrados sem que haja uma estrutura de apoio social que dê conta dessas novas conformações sociais da vida dos trabalhadores. Por sua vez, essa condição de vida corrobora para a efetivação do trabalho precário, entendido como resultado das novas formas de dominação e exploração do trabalhador e que é definido “como uma situação de não-proteção social, quando exercido na ausência dos direitos previstos na legislação” (BRASIL, 2005a, p. 36).

Outra situação bastante presente em Mato Grosso, e que pode ser considerada como agravante à saúde mental do trabalhador, é aquela designada como trabalho em regime semelhante ao de escravidão. O estado se destaca no cenário nacional no que se refere ao número de operações e de resgate de trabalhadores que se encontram nessa condição.

Dados do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) mostram que entre os anos de 2008 e 2010, Mato Grosso foi o segundo estado com o maior número de operações para erradicação do trabalho escravo, ficando atrás somente do Pará. Nestes mesmos anos manteve essa colocação com relação ao número de estabelecimentos fiscalizados, embora o número de trabalhadores resgatados tenha diminuído, nesse período. O estado ainda encontra-se entre os seis que tiveram o maior número de trabalhadores resgatados (BRASIL, 2011a).

A temperatura elevada também se constitui em um elemento que pode interferir no estado emocional dos trabalhadores braçais. Ainda que não se tenha dados dos efeitos dessa natureza na saúde mental de trabalhadores, estudos afirmam que a temperatura pode causar fadiga e estresse em trabalhadores neles e em alguns casos pode levar à morte (BITENCOURT *et al*, 2012).

A precarização tem sido reconhecida entre trabalhadores da saúde mental dos CAPS em Mato Grosso. Oliveira *et al* (2008), demonstram sinais bastante claros de precarização do trabalho marcada pela rotatividade no serviço e por relações precárias de contrato de trabalho (carga horária, vínculo temporário e perdas de direitos trabalhistas), principalmente nas contratações municipais.

Outro estudo realizado com trabalhadores de enfermagem de um hospital público em Cuiabá mostrou que além dos mesmos elementos encontrados nos CAPS, a precarização foi marcada pelo expressivo número de trabalhadores de enfermagem que realizam duplas ou triplas jornadas de trabalho (OLIVEIRA e CONCIANI, 2011).

A precarização do trabalho se apresenta como elemento central das políticas neoliberais de dominação social, e assim desfavorável ao trabalho por produzir a perda da razão social do trabalho em função da lucratividade e da reafirmação da competitividade como estruturadores do mundo do trabalho. Essa situação consolida a era de precarização global gerando, entre outras situações desfavoráveis à sociedade, a violência e o adoecimento, características da vulnerabilidade e desfiliação social (FRANCO *et al*, 2010).

Ainda na capital do estado, foram constatados os efeitos da precocidade devido à inserção de jovens no mundo do trabalho. No ano de 1998, estudantes adolescentes trabalhadores apresentaram-se como os maiores consumidores de álcool e outras drogas em relação aos não trabalhadores (SOUZA E SILVEIRA FILHO, 2007).

Em 2011, ainda em Cuiabá, 3,5% dos servidores de uma universidade pública, já haviam feito tratamento para problemas originados pelo uso prejudicial de álcool. Embora sem significância estatística, esse estudo demonstrou maior prevalência de uso de álcool na vida, entre servidores que consideravam ser inadequado o seu local de trabalho; e entre os servidores que só tinham vínculo de trabalho com essa instituição de ensino (MOTA, 2011).

Em Mato Grosso, a institucionalização das ações e serviços de saúde do trabalhador foi organizada em torno da configuração RENAST e conta com três

CEREST. Destes, dois estão sediados na capital sendo um de abrangência estadual e outro de abrangência regional sob a gestão do município. A terceira unidade do CEREST em Mato Grosso encontra-se em Colider na região Norte do estado sendo também de abrangência regional (SANTOS e LACAZ, 2011; MATO GROSSO, 2011b). Compõem ainda essa rede, duzentos e sessenta Unidades Sentinelas que são serviços médicos e ambulatoriais responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionados ao trabalho e registrá-los no SINAN. Existem ainda cento e um municípios (72%) pactuados para notificar os agravos em saúde do trabalhador (MATO GROSSO, 2011b).

Ainda que Mato Grosso se destaque no cenário nacional devido à regularidade na alimentação sistemática dos dados do SINAN referentes ao transtorno mental e trabalho, por outro lado esses dados podem não representar a realidade dessa relação, uma vez que o campo de saúde mental (técnico, político e assistencial) constituído no estado se apresenta de forma muito frágil podendo-se inferir ser realmente bastante difícil a visualização da SMRT.

Isso porque, apesar de ter ocorrido avanços no campo da saúde do trabalhador e na sua relação com a saúde mental, mais de duas décadas se passaram e o fortalecimento da área de saúde mental e trabalho continua se apresentando como um dos desafios para esses dois campos, no sentido de expressar a manifestação do sofrimento como transtorno psíquico resultante da relação sujeito e trabalho precarizado (ARAÚJO, 2011).

Apresenta-se, também, como desafio para os profissionais de saúde diante da dificuldade destes em reconhecer e estabelecer a relação entre adoecimento mental e trabalho (SATO e BERNARDO, 2005; RAMMINGER e BRITO, 2008; SELIGMANN-SILVA, 2009; SILVA *et al*, 2009; BOUYER, 2010; GLINA e ROCHA, 2010; JARDIM *et al* 2010; BERNARDO *et al*, 2011; BERNARDO e GARBIN, 2011; PAPARELLI *et al*, 2011; SALLERNO *et al*, 2011).

Desconsiderar a vida laboral dos pacientes de serviços de saúde mental, também se apresenta como um elemento dificultador no reconhecimento da relação saúde mental e trabalho (BERNARDO e GARBIN, 2011). Em Mato Grosso, essa

situação foi constatada em estudo realizado por Oliveira *et al* (2008), onde não se identificou nos formulários de atendimento dos serviços de saúde mental a valorização da identificação dos aspectos psicossociais com relação a emprego, renda e lazer, entre outros.

Esta dificuldade ocorre principalmente, em função da concepção reducionista dos trabalhadores da saúde, em primeira mão, responsáveis por fazer uma leitura técnica da relação saúde mental e trabalho que se expressa nas alterações psíquicas do trabalhador, aliada a especificidades subjetivas dos adoecimentos psíquicos (SELIGMANN-SILVA, 2009; JARDIM *et al* 2010; BERNARDO e GARBIN, 2011).

Neste contexto, vale perguntar: qual a concepção dos trabalhadores e dos gestores do CEREST/MT sobre saúde mental e trabalho? Tem sido possível a eles reconhecer a relação entre trabalho e saúde mental? Existem ações desenvolvidas no CEREST/MT na direção do reconhecimento dessa relação? De que maneira essas ações encontram-se inseridas ou não no processo de trabalho? Em qual corrente de pensamento de saúde mental e trabalho se assentam essas ações?

Essas indagações decorrem da constatação de que são inúmeras as artimanhas do capital para manter-se e reproduzir-se, a despeito de qual seja o modelo de gestão. Essas artimanhas vão desde estratégias de *marketing* para manter em alta o desejo pelo consumo até novas remodelagens de conformação e junção de grupos econômicos. Outras dizem respeito à maneira como se apropriam da subjetividade e identidade do trabalhador, para a produção de bens e consumo em escala comerciável mundialmente e que são concebidas a partir da psicologia social como “processos em permanente transformação, dotados de historicidade e mobilizados em múltiplas interações que podem ter caráter estruturante, desestruturante e reestruturante” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p 137).

Mais especificamente, interessa saber a maneira pela qual esses sujeitos se inserem no campo do trabalho da saúde do trabalhador e como lidam com as divergências decorrentes da apropriação do trabalho pelo capital, expressas na forma de saúde/adoecimento mental ocasionados pelo trabalho.

Isso porque, no trabalho com a saúde pública também são inúmeras as possibilidades de o trabalhador tornar-se mero “fazedor” em processos que “ceifam” a sua criatividade: trabalho precário, carga horária exaustiva motivada por possibilidade de duplos ou triplos vínculos e plantões, deficiências na gestão, insuficiência ou má utilização dos recursos, baixa representatividade e participação política fragilizada, dentre outros elementos que repercutem na ação do trabalhador da saúde.

Desta maneira, diante da importante função do CEREST para a organização das ações do campo da ST, e mais ainda para a integração e manutenção das ações na rede de atenção, seja em nível assistencial ou ainda na esfera política e de gestão, vale indagar de que maneira o CEREST/MT incorpora a saúde mental e trabalho. Esse anseio se origina no fato do CEREST/MT, na esfera do estado ser o responsável por articular junto a outras instâncias e áreas institucionais, bem como junto às representações sociais o debate sobre a intersetorialidade e respaldar técnica e politicamente esses setores e segmentos sociais sobre as questões que abrangem a saúde do trabalhador e dentre estas, a saúde mental relacionada ao trabalho.

3 OBJETIVOS

Geral:

- Analisar a incorporação da saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT) no CEREST/MT

Específicos:

- Identificar as diretrizes e normas institucionais de SMRT;
- Verificar quais ações de SMRT estão inseridas na organização do trabalho dos sujeitos;
- Identificar a concepção dos trabalhadores e gestores do CEREST/MT sobre SMRT.

4 MARCO REFERENCIAL

4.1 TRABALHO E SAÚDE MENTAL: VERTENTES TEÓRICAS

O ponto de partida para a reflexão teórica sobre a SMRT foi contextualizar a categoria trabalho e as vertentes ou correntes de pensamento que incorporam a saúde mental na sua relação com o trabalho como um campo de conhecimento e de práticas.

Ao se constituir enquanto campo de pensamento e práticas, a SMRT parte do pressuposto de que o trabalho é um elemento de construção de subjetividades, que pode interferir ou até mesmo contribuir para a relação saúde-doença mental (ARAÚJO, 2011). Desta maneira, faz-se importante discutir o trabalho como categoria central da vida implicada nessa relação.

O Dicionário do Pensamento Marxista traz a definição de trabalho como “uma necessidade natural eterna que media o metabolismo entre o homem e a natureza e, portanto, a própria vida humana” (BOTTOMORE, 1983, p383). O conceito de trabalho encontrado em Marx, então, advém da relação do homem com a natureza e, portanto, diz respeito à própria vida humana.

Ancorado no pensamento da estreita relação do homem com o trabalho, tem-se ainda a concepção de trabalho como meio de sobrevivência, e a compreensão de trabalho como o “uso das potencialidades e capacidades criadoras desse homem” (NEVES *et al*, 2004, p 19). Na interação com o mundo material é essa capacidade que possibilita que o homem seja produto, ao mesmo tempo, em que é criador da sociedade (NEVES *et al*, 2004).

A partir desse conceito, o trabalho é concebido como “momento fundante de realização do ser social”, como “condição para a existência humana” e como “ponto de partida para a humanização do ser social”. Essa concepção coloca o trabalho como categoria que possibilita ao trabalhador transformar a realidade onde opera, ao

mesmo tempo em que é transformado por ela (ANTUNES, 1999; 2005; NEVES *et al*, 2004).

É da relação trabalho e sujeito trabalhador que surge a importância de atribuir ao sentido do trabalho o sentido que é dado à própria vida no tempo do não trabalho, compreendido como o tempo verdadeiramente livre, pois, se o sentido dado ao trabalho se assemelha ao sentido da própria vida, o trabalhador enquanto ser social pode humanizar-se e emancipar-se (ANTUNES, 1999; 2005).

A indissociabilidade entre o sentido do trabalho e da vida como expressão do trabalho autodeterminado, autônomo e livre remete a outro pensamento extremamente significativo, que é o do trabalho na sua vinculação com a liberdade. Desta feita, se apresenta enquanto ato de consciência concreta em direção ao desejo de interferir na realidade e modificá-la, pois, “o trabalho que estrutura o capital desestrutura o ser social” e por isso, para que o trabalho seja um ato emancipador, deve opor-se a essa condição de trabalho opressor em favor do trabalho livre (ANTUNES, 1999; 2005).

Essa oposição encontra eco no combate à dominação, uma vez que esta é reconhecida como o elemento central na constituição do desgaste e no fato de que a dominação que “ataca a dignidade e fere a autonomia e a individualidade é a mesma que produz rupturas no mundo mental e psicossocial atingindo a estabilidade psicossomática” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p23).

Por outro lado, o trabalho se apresenta com potencial para a produção de saberes, à medida que interfere na realidade, por meio de um processo consciente. Dessa maneira, é também a atividade que potencializa o trabalhador em constituir-se sujeito, pois a construção de saberes implica em que o trabalhador entre em contato consigo mesmo. Com efeito, possibilita ao trabalhador saber-se de si, ao mesmo tempo em que favorece a produção de sua autonomia.

Portanto, à medida que produz, o trabalhador também é produzido pelo trabalho. Essa concomitância entre a produção de trabalho e a do sujeito que trabalha torna o trabalho um ato criativo. É no trabalho, então, que os sujeitos podem, por

meio de novas relações sociais e de trabalho construir sua própria autonomia (ANTUNES, 1999; 2005, DEJOURS, 1988; DEJOURS *et al*, 1994).

Vale destacar que o elemento diferenciador que propicia que o trabalho seja fonte de saúde, é a participação. À medida que processos decisórios são implantados nos locais de trabalho, de maneira que, de fato, possibilitem ao trabalhador se expressar, o trabalho age como vitalizador da saúde humana (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Ancorada nessa concepção, e em contraposição à afirmação do desaparecimento do trabalho, pode-se afirmar que o trabalho humano continua na centralidade do mundo capitalista contemporâneo apesar da forte crise estruturante do capital na década de 1970, e das grandes e marcantes mudanças, bem como das reestruturações nas formas de trabalho. Essas reestruturações, na maioria das vezes, corroboram com a precarização do trabalho cheio de sentido, e que emancipa seu realizador enquanto sujeito social (ANTUNES, 2005; 2007).

Por sua vez, as mudanças provocadas pelo reordenamento do capital promoveram novas concepções acerca da constituição da classe trabalhadora composta por aqueles que vivem do trabalho e que, para tanto, vendem a sua força de trabalho em troca de um salário. Nesta, se encontram os trabalhadores produtivos - aqueles que trabalham diretamente para o capital, e os trabalhadores improdutivos, aqueles que têm sua força de trabalho prestada enquanto serviços ofertados para a esfera privada ou ainda para os serviços de uso público (ANTUNES, 2005).

A precarização do trabalho invade a vida do trabalhador em todas as esferas. É “um processo que afeta a vida dentro e fora do trabalho” alterando o sentido do trabalho e da vida porque está a serviço da estruturação do capital por meio dos processos de reestruturação produtiva (SELLIGMANN-SILVA *et al*, 2010; FRANCO *et al*, 2010).

Esse efeito do capitalismo não está restrito apenas à esfera privada e atinge inclusive os trabalhadores da saúde pública (BERNARDO, *et al*, 2011; MARTINS *et al*, 2009; VILELA *et al*, 2010).

Frente a processos precários de trabalho, a identidade do trabalhador que produz e é produzido é atingida de maneira a desencadear a perda do sentido do trabalho, do interesse e do prazer no que faz produzindo sofrimento ao trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2009; VILELA *et al*, 2010).

Por produzir a perda da razão social do trabalho, em função da lucratividade e da reafirmação da competitividade como estruturadores do mundo do trabalho, o trabalho precarizado se apresenta como elemento central das políticas neoliberais de dominação social e assim desfavorável ao trabalho. Essa situação consolida a era de precarização global, gerando entre outras situações desfavoráveis à sociedade a violência e o adoecimento, características da vulnerabilidade e do esgarçamento social (FRANCO *et al*, 2010).

Alguns sinais da precarização presentes na situação social mundial, particularmente nas décadas de 1990 e 2000, e mais especificamente na América Latina no ano de 2006, foram produzidos e divulgados pela Organização Internacional do Trabalho (OIT). O primeiro caso, mundial, se expressa no crescimento do emprego abaixo da oferta da força do trabalho, no empobrecimento e endividamento dos trabalhadores e no crescimento do trabalho informal, livre de qualquer forma de proteção social e de direitos trabalhistas. Na América Latina, esses indicadores são traduzidos pelo fato de que, em 2006, 39% da população era constituída por pobres, 43% de trabalhadores que trabalhavam se encontravam na informalidade, e o déficit de emprego formal compunha 53% da População Economicamente Ativa (FRANCO *et al*, 2010).

No Brasil, a precarização do trabalho de acordo com a OIT, segue a tendência da América Latina. Em 2007, foi caracterizada por geração insuficiente de postos de trabalho, restrição ao crescimento da produtividade a um grupo de setores que se sustenta pelo trabalho informal e pelo aumento do desemprego e da informalidade (FRANCO *et al*, 2010).

Dessa maneira, as condições objetivas e subjetivas do trabalho e do trabalhador interferem no processo de trabalho e na vida do trabalhador. Assim, o

trabalho pode ser tanto fonte de prazer quanto de sofrimento (SELIGMANN-SILVA, 2009).

Ainda que as mutações nas formas de trabalho sejam a expressão quase que massiva do trabalho morto (aquele cujo processo não se faz em torno do ato criativo), em função do trabalho cada vez mais substituído pelas máquinas, há que se reconhecer a manutenção do trabalho vivo, mesmo que de forma reduzida. Isso porque a nova engenharia do trabalho requer dos trabalhadores procedimentos intelectuais mais expressivos, principalmente nos processos de trabalho mais dotados de tecnologias, recriando novas formas e modalidades de trabalho e, dessa maneira, aumentando a dimensão do trabalho imaterial por meio do incremento do trabalho intelectual a serviço da mercadoria (ANTUNES, 2005).

Nesse sentido, o trabalho humano é cada vez mais um trabalho mental, pois diante do avanço tecnológico, o trabalho exige cada vez mais a interação entre o subjetivo do trabalhador na interação com a máquina (ANTUNES, 2005; SELIGMANN-SILVA, 2009).

Por sua vez, nem sempre esse trabalho mental é identificado nos espaços onde é realizado. Essa identificação leva em conta a difícil tarefa de considerar a indissociabilidade entre trabalho cognitivo e afetivo. Não se considera e não é tão simples identificar que também nessas duas dimensões o trabalho e o trabalhador, estão vulneráveis as pressões da cultura e identidade do próprio trabalhador que interferem diretamente na sua saúde (SELIGMANN-SILVA, 2009).

Ao contrário. Durante um tempo bastante expressivo marcado pela repressão política, as questões subjetivas do trabalho e do trabalhador, que dizem respeito às formas de como este se relaciona com o trabalho e o articula à sua vida, foram negadas, postas de lado e rejeitadas pelos próprios sindicatos e pelas organizações de esquerda, em função do pensamento de que poderiam “atrapalhar” a luta política dos trabalhadores. Isto porque as questões de cunho subjetivo eram concebidas como antimaterialistas e assim poderiam conter a mobilização coletiva e a consciência de classe favorecendo o “egocentrismo pequeno burguês” (DEJOURS, 1998; VASCONCELOS, 2010).

Em função dessa resistência política em reconhecer a subjetividade dos trabalhadores nos processos de trabalho, ancorada na concepção reducionista da saúde mental enquanto reflexo de ações individualizantes, ao longo dos anos, foram se cristalizando algumas concepções do adoecimento mental que são consideradas equivocadas pela SMRT. Por sua vez, essa situação se tornou um elemento dificultador da sua identificação com o trabalho.

Na contemporaneidade essas concepções se encontram sob três situações. A primeira, que interpreta que o adoecimento mental entre trabalhadores é resultado da fraqueza individual, fragilidade e predisposição pessoal para o adoecimento. A segunda, que associa o adoecimento mental a fatores externos ao trabalho; e por fim, a terceira, que tem sua origem em fragilidades técnicas no campo da psicologia e da psicanálise que atribuem a causas familiares (principalmente conjugais) ou ao passado infantil as causas do adoecimento mental (SELIGMANN-SILVA, 2009).

De maneira mais detalhada, as concepções que dificultam a relação entre a saúde mental e o trabalho encontram-se principalmente na mensuração dos aspectos dessa relação e a subjetividade dos fatores envolvidos; no não reconhecimento do trabalho como fonte de adoecimento; no julgamento leigo de que há uma predisposição pessoal para o adoecimento mental, e, mais ainda no entendimento de que este é comum em pessoas de personalidade frágil (JARDIM *et al* 2010; BERNARDO e GARBIN, 2011). A dificuldade em precisar o início e o fim dos adoecimentos psíquicos é mais um elemento que também interfere nessa relação (JARDIM *et al*, 2010).

Em oposição a modelos teóricos voltados para o aumento produtivo que entendem a relação saúde mental e trabalho somente pela via do estímulo e motivação, ou ainda, pela via de práticas ergonômicas tradicionais, que, ao não agir preventivamente, buscam as causas dos acidentes por uma vertente culpabilizadora, é que a partir da década de 1970, surgiu um novo campo de estudos que discute a relação saúde mental e trabalho. Por sua vez, esse novo campo se apóia na Ética para refletir sobre o trabalho e o significado deste para a vida humana. Essa nova concepção considera que, a depender da forma como o trabalho ocorre, pode

inclusive, perturbar a estabilidade mental do trabalhador (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Para a constituição desse campo de estudos, portanto, foi necessário romper com modelos tradicionais da psicologia que desconsideravam o trabalho como estruturador da vida psíquica (ARAÚJO, 2011; LIMA, 2011).

Em decorrência dessa ruptura e do posicionamento ético em favor dos trabalhadores, surge, então, a SMRT que é considerada um reflexo do pensamento de um grupo liderado, no Brasil, por Edith Selligmann-Silva, como um campo de estudos que é marcado pela interdisciplinaridade. No entanto, ao receber contribuições de conhecimentos oriundos das mais diversas disciplinas não interconectadas, torna-se um campo multidisciplinar. Por sua vez, a integração de conhecimentos distintos, originados nas Ciências Biológicas, Ciências Humanas e Ciências Exatas, tem sido exatamente o maior desafio ao campo, em se tratando da sua edificação teórico-metodológica que ainda se encontra em construção (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Enquanto campo de estudos, a SMRT é bastante ampla, e pode ser considerada jovem, já que vem se constituindo multidisciplinarmente no decorrer dos últimos 30 anos. Tem como objeto o “trabalho humano em suas relações que transitam no *continuum* saúde-doença relacionada à vida psíquica” (SELIGMANN-SILVA, 2009).

A SMRT considera a historicidade apresentada e vivida nos diferentes contextos, sejam eles, geopolíticos, socioeconômicos ou culturais de forma a alcançar a subjetividade dos que vivem do trabalho ou ainda dos que se encontram fora do contexto produtivo e que sofrem por esse motivo (SELIGMANN-SILVA, 2009; ARAÚJO, 2011; BRANT e GOMEZ, 2011).

O trabalho humano ou a falta de trabalho e suas relações com os processos de saúde-doença relacionados à vida psíquica, em nível individual e também no coletivo, se constitui como o objeto da SMRT, ainda que a natureza dos fenômenos mentais seja eminentemente social (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Ao examinar os processos de saúde doença determinados pela vida laboral, a SMRT tem fundamentalmente como horizonte o entendimento das “forças emanadas de instâncias que presidem às determinações que incidem, simultaneamente, sobre a economia e os seres humanos que fazem parte do mundo do trabalho” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p.41).

Na constituição da SMRT enquanto campo da saúde, algumas teorias convergentes e que já haviam se constituído distintamente na concepção de modelos diversos passaram a compor esse campo que recebe leituras distintas quanto à constituição das suas vertentes (SELIGMANN-SILVA, 1994; 1997; 2011; ARAÚJO, 2011).

Jacques (2003) distingue quatro grandes grupos como constituintes da SMRT. São eles: a teoria do estresse, o grupo da psicodinâmica do trabalho, a vertente epidemiológica e o quarto grupo constituído pela subjetividade (JACQUES, 2003; ARAÚJO, 2011)

Fernandes *et al*, (2006) identificam cinco diferentes grupos, a saber: o grupo do desgaste, o da ergonomia, o grupo que agrega as condições de vida e trabalho, o do estresse e por fim a psicodinâmica do trabalho (FERNANDES *et al*, 2006; ARAÚJO, 2011).

Seligmann-Silva (1994; 1997; 2011) agrega três correntes de pensamento que são consensuais também para Jacques (2003) e Fernandes *et al* (2006). São eles: a teoria do estresse e do esgotamento que tem seu fundamento em estudos psicofisiológicos; a abordagem da concepção psicanalista que fundamenta a psicodinâmica do trabalho; e, o modelo centrado no conceito de desgaste mental que se apóia em teorias marxistas, para o qual os transtornos mentais oriundos do trabalho decorrem de uma dinâmica da dominação. Por sua vez, ao complexificar o conceito de desgaste e sua abrangência como sendo psicológico, físico e social pode-se pensar nessa corrente como integradora das três vertentes, logo, a que norteia esse estudo por se constituir a base da SMRT (SELIGMANN-SILVA, 1994; 1997; 2009; 2011; JACQUES, 2003, NEVES *et al*, 2004; FERNANDES *et al*, 2006; ARAÚJO, 2011).

A teoria do estresse foi formulada na década de 1930. Apresenta-se coerente com o positivismo presente na medicina e na visão comportamental da psicologia, na medida em que seu referencial básico é a fisiologia. Assim, favorece a ênfase em pressupostos cognitivos comportamentais e é usada em estudos epidemiológicos por valer-se de metodologia quantitativa. Por sua vez, a epidemiologia, procura identificar fatores de risco (estressores) em diferentes setores tanto da economia quanto das ocupações como estratégia de diminuir ou eliminar fatores de risco no trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1994; 2009).

Para essa corrente, o desequilíbrio entre as demandas do trabalho e a capacidade de resposta dos trabalhadores é o que constitui o estresse. Também é considerado uma expressão das interferências na vida urbano industrial sob as subjetividades. Uma limitação desse estudo é que ele atribui essas repercussões somente sobre a vida urbana (FERNANDES *et al*, 2006).

Buscando a superação do pensamento reducionista comportamental, a partir da década de 1970, ocorreu a complexificação da relação do estresse com o trabalho, fundado no conceito de esgotamento físico e emocional profissional. Esse esgotamento foi caracterizado como síndrome de *burnout* (NEVES *et al*, 2004). A síndrome de *burnout* é definida como uma reação à tensão emocional crônica que envolve três componentes: a exaustão, a despersonalização e a diminuição do envolvimento pessoal no trabalho (ARAÚJO, 2011).

O principal aspecto protetor do estresse no trabalho, para essa corrente, é o apoio social. O apoio social pode ocorrer tanto nas relações entre os colegas de trabalho quanto dos chefes. O apoio social se apresenta como uma rede de relações estabelecidas para que haja a preservação ou recuperação da saúde mental do trabalhador (FERNANDES *et al*, 2006).

A terapia comportamental é empregada nos tratamentos onde o apoio social é negligenciado e o trabalhador tem dificuldade em realizar o enfrentamento dos estressores considerados como aquilo que produz o estresse (SELIGMANN-SILVA, 1994; 2009; GLINA, 2010).

A segunda corrente de pensamento que é reconhecida consensualmente na constituição da SMRT, se apóia na perspectiva psicanalítica, articulada ao contexto social no qual o trabalhador está inserido. Apesar de se estruturar sob vários enfoques, no Brasil, se expressa por meio do pensamento da psicodinâmica do trabalho que advém do pensamento francês dejouriano (SELIGMANN-SILVA, 2011).

A psicodinâmica do trabalho emergiu de estudos da Psicopatologia do Trabalho. A organização do trabalho e o sofrimento mental são os elementos centrais que a psicodinâmica elege para discutir o sofrimento psíquico originado no trabalho (DEJOURS *et al*, 1994; DEJOURS, 1998; 2009).

Considera que enquanto fonte de prazer, o trabalho permite a estruturação psíquica do ser humano se culminar com a criação livre. Quando as condições ambientais e socioculturais (modo de produção) impõem restrições à subjetividade do trabalhador, o trabalho se torna fonte de sofrimento (DEJOURS, 1994).

O trabalho como viabilizador de saúde advém da capacidade do trabalhador em relacionar-se com as angústias mobilizadas pelo trabalho já que este possibilita ao trabalhador entrar em contato consigo mesmo e, desta forma, lidar com o real, com o qual se depara, até a superação da angústia e, por conseguinte, do sofrimento. Aí consiste o trabalho vivo, onde o trabalhador engaja-se, resiste e consegue a superação do sofrimento (DEJOURS, 2009).

O sofrimento mental a partir do pensamento dejouriano pode ser concebido sob duas possibilidades: a de desenvolvimento da doença ou a da criatividade que beneficia a identidade do trabalhador e a sua saúde, assim situa-se na transição entre saúde e doença (DEJOURS, 1998; SELIGMANN-SILVA, 1994; BRANT e GOMEZ, 2011).

O sofrimento advém da individualidade, em que o trabalhador que não é reconhecido pelo que faz e pelo que produz, entrega-se ao sofrimento. Por outro lado, o reconhecimento é a “passagem” do individual para o coletivo, por ser o reconhecimento que confere ao trabalhador o sentimento de inclusão no coletivo do trabalho (DEJOURS, 1998; 2009).

A psicodinâmica do trabalho utiliza-se de metodologia qualitativa por meio de uma abordagem centrada em relatos de vida dos trabalhadores, através de entrevistas grupais, que priorizam a escuta, a interpretação e a devolução (JACQUES, 2003).

O terceiro modelo se origina na teoria do desgaste que surgiu dos estudos de Laurell, na década de 1980, e se apóia no materialismo histórico. Esta autora considera o desgaste como produto da forma como o trabalhador se articula em relação ao técnico, à divisão e à organização do trabalho e à carga ou sobrecarga que essa relação de exploração exerce sobre o mesmo (LAURELL E NORIEGA, 1989).

Para esta teoria, o desgaste é definido como a “perda da capacidade efetiva e potencial, biológica e psíquica” e assim o associa ao desgaste geral produzido por processos coletivos que se expressam em processos desiguais (LAURELL E NORIEGA, 1989, p108).

Valendo-se dessa corrente de pensamento, Seligmann-Silva (2011) considera como desgaste mental o consumo do corpo e das condições psíquicas pelo trabalho dominado e pelos constrangimentos a ele vinculados. Essa dominação do trabalho produz desigualdade e interfere no processo saúde-doença, afetando as condições biopsicossociais do trabalhador. Esse processo ocorre por meio do trabalho alienado que é considerado deformador das potencialidades humanas. “A ideia de deformação implica uma transformação negativa, com a perda de um estado anterior mais satisfatório e valorizado” (SELIGMANN-SILVA, 2011, pag 135).

Desta maneira, reafirma o pensamento de Laurell e Noriega (1989) de que o desgaste se processa tanto no plano orgânico quanto no social. Considera ainda, que o desgaste é maior quanto maior for a condição de vulnerabilidade em que se encontra o trabalhador que desta forma está ligado às determinações de natureza política, ao contexto macrossocial e macroeconômico (SELIGMANN-SILVA, 2011).

O desgaste mental na sua relação com o trabalho pode ser caracterizado em três níveis. O primeiro nível que o caracteriza é reconhecido como desgaste literal e orgânico. Este pode ser ocasionado por acidentes ou pelo efeito de produtos tóxicos,

biológicos e físicos que destroem ou prejudicam os processos bioquímicos do sistema nervoso (SELIGMANN-SILVA, 2011).

O segundo nível encontra-se no desgaste funcional e nas variações do mal estar ou da fadiga. A fadiga mental está indissociada da fadiga geral. Caracteriza-se por um estado de cansaço geral, tanto físico como mental, que deforma e afeta o humor e a sociabilidade geral, entre outras esferas da vida do trabalhador. Um elemento bastante importante desse nível é que o desgaste afeta também a participação social do trabalhador contribuindo para processos de sujeição (SELIGMANN-SILVA, 2011).

O terceiro nível encontra-se no desgaste da subjetividade que é inseparável do sofrimento social e se articula com as vivências relacionadas à gestão e organização do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011).

A perda do sentido do trabalho aparece, então, como elemento central das formas de desgaste mental e que tem sua origem nas transformações ocorridas na organização do trabalho e consolida formas de desgaste mental, além de agir de maneira bastante edificada na patogênese de outros transtornos psíquicos e psicossomáticos (FRANCO *et al*, 2010).

O trabalho como causador do desgaste psíquico está então intrinsecamente relacionado com a forma como o trabalho tem sido organizado: promovendo o isolamento humano e a solidão por meio de processos competitivos e que aumentam a pressão em torno de produção, enfatizando a ruptura entre o sentido da vida e do trabalho de forma a emancipar o capital em detrimento da emancipação do trabalhador, enfim, capturando a subjetividade do trabalhador e favorecendo o trabalho alienante (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Por outro lado, vale destacar que nem todo desgaste resulta em adoecimento mental e que essa não é uma situação estática e irreversível. Por sua vez, ele pode resultar no adoecimento mental do trabalhador, a depender da forma pela qual ele entra em contato com os elementos de pressão e opressão, característicos de relações desiguais presentes na divisão parcelar de trabalho, e da pressão que essa carga psíquica exerce sobre o trabalhador (LAURELL e NORIEGA, 1989). Desta maneira,

a relação com o trabalho pode desencadear o adoecimento mental do trabalhador identificado como resultante da relação entre sujeito e trabalho precarizado (ARAÚJO, 2011).

Ao apresentar a teoria do desgaste como integradora das vertentes do estresse e da psicodinâmica do trabalho, Seligmann-Silva (1994; 2011) o faz a partir da compreensão das interações entre diferentes contextos:

a) ‘os fatores’ ambientais e psicossociais objetivados pelos estudos do *work-stress*; b) o mundo subjetivo e a identidade permanentemente envolvidos nas transformações de seu micro e macrocontextos e nas elaborações de *sentido* vinculadas às transformações - aproximando-se também assim da psicodinâmica do trabalho; c) as diferentes esferas da vida social onde se desenvolvem *relações de poder* – que quando desvantajosas para a integridade e estabilidade mental do trabalhador, acarretarão *desgaste* (SELIGMANN-SILVA, 2011, p137).

Por sua vez, então a constituição da SMRT compreende a constituição e divisão social da riqueza, no contexto internacional; a maneira como nacionalmente estão organizados e estruturados o aparato jurídico, legal e econômico; o contexto que compreende as condições gerais de vida e trabalho das pessoas; o contexto micro que se encerra nas empresas e nos locais de trabalho e ainda pela maneira como esses se organizam. Por fim, compreendem a esfera individual, que se traduz em como o sujeito, na sua singularidade, se relaciona com todas essas situações e na repercussão desse contato para a sua subjetividade.

Desta maneira, ao se constituir, interdisciplinarmente, por meio da fundamentação, que advém da vertente do desgaste que agrega elementos de outras vertentes, o campo da SMRT considera três diferentes patamares que congregam os principais aspectos que os estudos da SMRT devem contemplar, e que vão desde a esfera micro, do local de trabalho, passando pela empresas e chegando até os contextos regional/nacional considerando as forças internacionais econômicas, sociais e políticas que incidem sobre os trabalhadores e sobre o trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011).

4.2 A SAÚDE DO TRABALHADOR E A SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO NO BRASIL

No Brasil, a partir da década de 1990, as questões da saúde mental advindas da relação entre trabalho e saúde-doença passaram a compor o campo da saúde do trabalhador na esfera técnica e política, enquanto campo de saber ou enquanto subárea da saúde pública (ATHAYDE, 2011). Dessa maneira, ao valorizar a multiplicidade dos determinantes sociais e suas repercussões para a saúde do trabalhador incorpora também as interferências das três esferas constitutivas dos patamares que compõem o grupo de interesse de análise para os estudos da SMRT, a saber: as esferas micro, as regionais e as de natureza internacional (SELIGMANN-SILVA, 2011).

No campo técnico e político, sua inserção se deu na luta para que houvesse o reconhecimento da relação entre saúde mental e trabalho pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Previdência Social, bem como pela atribuição da responsabilidade de estabelecimento de uma política para a saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública.

Entre outras ações e reivindicações do Movimento de Trabalhadores articulado ao Movimento de Reforma Sanitária, encontrava-se a luta para que fosse ampliada a lista de doenças relacionadas ao trabalho. Nesse contexto, a ampliação dessa lista significava o reconhecimento objetivo da relação saúde mental e trabalho como maneira de assegurá-la.

Neste sentido, foi aprovado nas Conferências Nacional de Saúde do Trabalhador, ocorridas em 1986 e 1994, um elenco de propostas que atribuíram ao SUS a responsabilidade de elaboração e efetivação da política de saúde do trabalhador articulada a outros setores como: justiça do trabalho, previdência social e movimentos sociais de representação dos trabalhadores, entre outros (BRASIL, 1986; 1994).

No âmbito das ações de saúde, ainda na década de 1990, essas reivindicações culminaram com a criação dos Programas de Saúde do Trabalhador (PST) que

estavam ancorados na perspectiva da vigilância em saúde do trabalhador. Com efeito, foram criados os Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CRST) que atualmente são identificados pela sigla CEREST. Os CEREST's se articulam à RENAST que possui ampla abrangência nacional (MENDES e DIAS, 1991; BRASIL, 2002; GOMEZ e LACAZ, 2005; GOMEZ, 2011; SANTOS e LACAZ, 2011; VASCONCELLOS e MACHADO, 2011; DIAS *et al*, 2011).

Outro efeito dessa luta foi ainda, a efetivação da proposta de ampliação da lista de doenças ocupacionais reconhecidas, tanto pelo MS quanto pela Previdência Social para efeitos de garantia de direitos trabalhistas e previdenciários. Esta lista foi publicada por meio da Portaria 1339/99 (BRASIL, 1999b), após a inclusão do transtorno mental como agravo à saúde do trabalhador, tal como é descrita no grupo V, na Classificação Internacional da Doença (CID-10) e reconhecido pelo Decreto 3048/99 (BRASIL, 1999a; OMS, 1995).

Assim, a Saúde do Trabalhador pode ser entendida como resultante de um movimento social que se contrapôs às mudanças mundiais de reestruturação produtiva e que teve por efeito a superação da saúde ocupacional e da medicina do trabalho, concebidas enquanto práticas que legitimavam a autonomia da medicina, fundada em uma concepção positivista do processo saúde doença. Vale dizer, que a superação dessa concepção deu lugar à concepção da determinação social do processo saúde doença que reconhece a centralidade do trabalho nesta (MENDES e DIAS, 1991; GOMEZ, 2011).

No processo de superação da saúde ocupacional e da medicina do trabalho, a saúde do trabalhador reconhece o trabalhador enquanto sujeito da ação política e institucional capaz de produzir mudanças políticas bem como produzir conhecimento. Assim, o trabalhador é concebido como “sujeito político coletivo, depositário de um saber emanado da experiência e agente essencial de ações transformadoras” (GOMEZ, 2011).

Essas alterações conceituais da relação saúde e trabalho podem ser entendidas como resultantes de um amplo movimento social de trabalhadores que, na década de 1960, se organizaram nos países de industrialização avançada, em torno de um

movimento social de questionamento ao avanço do capitalismo e da busca de liberdade democrática e do direito à saúde (MENDES e DIAS, 1991).

Por sua vez, enquanto campo de saber da saúde coletiva, a saúde do trabalhador tem suas bases no tripé: epidemiologia, administração e planejamento e ciências sociais em saúde, agregando, assim, outras áreas de saber e conhecimento. Tem como objeto “o processo de saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho” (MENDES e DIAS, 1991). Seu marco definidor é a complexidade entre trabalho e saúde e tem como conceito nucleador o processo de trabalho (MENDES e DIAS, 1991; GOMEZ, 2011).

Na sua constituição enquanto campo técnico e político se estrutura na base da relação entre saúde e trabalho. Por sua vez, isso se dá por meio de um processo permanente entre a ação da saúde e a ação política num Estado reconhecidamente democrático e de direito (MENDES e DIAS, 1991).

No campo das práticas orienta-se pelos princípios do SUS que se organiza em uma rede hierarquizada.

No campo da saúde mental, tem-se no Brasil, a exemplo de outros países, mudanças na constituição da saúde mental, enquanto campo da saúde, também na década de 1990, como resultado de um movimento denominado Movimento Nacional de Luta Antimanicomial que reuniu trabalhadores da saúde, militantes, familiares e pacientes da saúde mental. A luta neste período foi pela substituição do hospital psiquiátrico, por meio de práticas comunitárias e outros equipamentos de saúde mental, que almejavam a permanência domiciliar do doente e sua desinstitucionalização. O resultado foi denominado Reforma Psiquiátrica ou reformulação da atenção psicossocial. O modelo de atenção psicossocial previa a redução gradativa da hospitalização manicomial até sua completa substituição por ações, inclusivas do doente mental, em detrimento do isolamento característico das práticas institucionalizadas hospitalocêntricas.

Ainda que essas condições não tenham sido alcançadas na sua plenitude, a reforma psicossocial que previu a criação de serviços abertos de saúde mental pode significar um avanço, ainda que, muitas vezes, estes serviços sejam pouco efetivos,

pois, por si só já significam uma lógica que se contrapõem a privação do convívio social. Por sua vez para que haja desinstitucionalização é necessária a “realização de processos de trabalho que visem a integração dos portadores de transtornos mentais e a integralidade da assistência” em qualquer ambiente ou local de trabalho (OLIVEIRA e ALESSI, 2005; OLIVEIRA *et al*, 2008, pag 18).

Alguns modelos da psiquiatria tradicional atribuem aos transtornos mentais apenas a dimensão orgânica e, assim, os reduzem à esfera individual, logo resolvida, amenizada ou controlada pela ação dos medicamentos.

Neste trabalho assumimos uma vertente ampliada de saúde mental na qual o processo de saúde-doença mental é influenciado pelo contexto geográfico, social, político e econômico (TERZIAN *et al*, 2007; OLIVEIRA *et al*, 2008). Dessa maneira consideramos a relação entre doença mental e trabalho como resultado de situações precárias de trabalho e que são diagnosticadas e classificadas como transtornos mentais e comportamentais, de acordo com a CID-10 e que é assumida pelo MS (SELIGMANN-SILVA, 1994; SELIGMANN-SILVA *et al*, 2010).

Dessa maneira, o Ministério da Saúde assume a definição dos transtornos mentais e do comportamento relacionado ao trabalho em consonância com a CID-10, que o classifica como:

resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional (BRASIL, 2005b).

Em que pese as necessidades de classificação dos efeitos do trabalho na saúde mental dos trabalhadores, esta relação subjaz as questões sociais, e de certa forma, expressa a concepção hegemônica no processo saúde-doença mental, desconectando-o das relações sociais e de trabalho onde o sujeito está envolvido.

Os transtornos psíquicos tais como são classificados têm sido notificados pelos sistemas de vigilância em saúde. A notificação é realizada em ficha específica e relaciona o transtorno mental e comportamental ao trabalho. Considera, para uso do instrumento de notificação, transtornos mentais e do comportamento relacionados ao

trabalho, somente os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho classificados na categoria F43.1 da CID-10 (OMS, 1995; BRASIL, 2005b).

A sistematização da relação entre transtornos psíquicos e trabalho precarizado é fornecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em seus relatórios consta que 30% dos trabalhadores ocupados são acometidos por transtornos mentais menores, e, entre 5% e 10% desenvolvem transtornos mentais graves (BRASIL, 2001).

Embora no Brasil não se conheça exatamente a expressão dessa situação, entre os anos de 2006 e 2009, houve um aumento de 1157% de benefícios acidentários concedidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Nacional (INSS), em função de transtornos mentais e comportamentais (F00-F99). Esse crescimento ocorreu a partir do estabelecimento do nexos causal entre agravo à saúde e trabalho descrito no Decreto 3048/99 (SELIGMANN-SILVA *et al*, 2010).

A expressão do adoecimento mental relacionado ao trabalho, o rompimento do modelo biomédico e a releitura da literatura clássica sobre a constituição do psiquismo, que reafirmam a importância do trabalho na constituição do sujeito e na sua inserção social, promovendo saúde ou causando adoecimento mental, possibilitaram à área da saúde mental relacionada ao trabalho (SMRT), nos últimos anos, um incremento no interesse por estudos dessa natureza (JACQUES, 2003).

Nesse sentido, o campo da SMRT, no Brasil, vem se organizando para evidenciar por meio de pesquisas comprometidas com a classe trabalhadora, a relação entre saúde mental e trabalho precarizado. Tem demonstrado isso, por um lado, divulgando o reconhecimento dessa relação e, por outro, explicitando a dificuldade em fazê-la.

Concretamente, a ilustração dessa dificuldade pode ser encontrada em dados relacionados a afastamentos do trabalho. Em 2006, foram concedidos pelo INSS, 272.609 benefícios a trabalhadores com diagnóstico de transtorno mental, sendo que destes, somente 612 foram reconhecidos na sua relação com o trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2009).

Em 2007, a dificuldade de estabelecimento do nexo causal também foi encontrada. Do total dos afastamentos por incapacidade para o trabalho, entre trabalhadores com vínculo empregatício segurados do INSS, 11,8% foram atribuídos aos transtornos mentais. Estes ocuparam o terceiro lugar das causas desses afastamentos (CAMARGO, 2010; LANCMAN *et al*, 2010). No entanto, quando estabelecido o nexo entre saúde mental e trabalho esse percentual caiu para apenas 2,8% (LANCMAN *et al*, 2010).

Embora nesses estudos não fosse evidenciado o transtorno predominante dos trabalhadores afastados, no Brasil, vale destacar que, a exemplo do ocorrido no plano mundial, a depressão tem sido reconhecida como a causa que lidera os afastamentos onde existe a vinculação com o trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2009).

Ao considerar a saúde mental como resultante das interações biológicas e sociais constituídas nas interrelações humanas, essa última vertente se apresenta como a que orienta a concepção de saúde/doença mental na sua relação com o trabalho adotada neste estudo.

5 METODOLOGIA

Enquanto aporte metodológico para elucidar o problema de pesquisa optou-se por utilizar a teoria da ação aplicada à gestão de saúde por Rivera (1995) ancorada na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas, onde no agir comunicativo “os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente ou a se negociar sobre a situação e as consequências esperadas (...) especificando condições para um acordo alcançado comunicativamente” (HABERMAS, 1989, pag 165).

No entanto, a ação orientada pelo entendimento mútuo pode ser suprimida em detrimento do agir estratégico que é orientado para o sucesso (HABERMAS, 1989; RIVERA, 1995; REESE-SCHÄFER, 2012).

As concepções dos agentes estratégicos inseridos no arcabouço dos serviços e da burocracia são significativas no agir dos mesmos, na medida em que preponderam na indução e implementação desta perspectiva no processo de trabalho, quer seja orientado pela ação comunicativa ou pelo modelo estratégico de ação.

Para a apreensão dessas concepções foi necessário identificar e entender a ação dos sujeitos inseridos no contexto institucional do CEREST/MT. Com esse propósito, a ação comunicativa apresentada por Rivera (1995), com base na teoria de Habermas foi considerada no processo de conhecimento e reconhecimento tanto das normas institucionais, quanto das ações que norteiam as práticas voltadas para a SMRT, no âmbito do CEREST/MT.

A ação comunicativa é reflexiva. Possibilita que os agentes institucionais apresentem as suas pretensões a serem validadas por meio da linguagem como o elemento de comunicação que favorece o entendimento no contexto institucional de maneira abrangente e não restritivo (REESE-SCHÄFER, 2012). Isso porque toda a constituição do sistema normativo de Habermas baseado no humanismo é passível de regulação ético prática, que condiciona a integração social. Ao ter o humanismo por base, a intersubjetividade mediada pela linguagem recebe destaque exatamente por

assumir a capacidade de linguagem e da ação dos sujeitos quando estes se entendem entre si sobre algo no mundo (RIVERA, 1995).

Ao criticar a teoria da ação racional de Weber, Habermas amplia o conceito Weberiano de racionalidade da ação. Para Habermas, o que Weber considera racionalizável é a forma pela qual os sujeitos justificam suas preferências, ou seja, como se orientam em relação a valores. Critica que a racionalidade normativa de Weber cai na racionalidade formal, por meio da objetivação puramente econômica dos meios, e que a expressão modo-metódico-racional de vida humana explicita um processo de interiorização de valores estimulado pela família e religião, servindo de fundamento ético para a acumulação capitalista (RIVERA, 1995).

Dessa forma, promove a reprodução material se caracterizando como hábitos gerais da vida e não como conteúdos éticos específicos. Segue com sua crítica ao afirmar que a ética de Weber não é uma ética de responsabilidades uma vez que os sujeitos não consideram as consequências sociais ou os seus efeitos e que dessa maneira o subjetivismo cognitivo representa uma ética para fins últimos (RIVERA, 1995).

Habermas identifica um paradoxo no sistema teórico de Weber, onde a análise da racionalização cultural subtende a diferentes esferas de mundo e a diferentes mundos e entre esses se encontra o mundo social. Por outro lado, a racionalização social supõe a referência de um único mundo, o objetivo. A última crítica se encerra no fato de que para Habermas, a teoria da ação social de Weber ao privilegiar um ator solitário se constitui enquanto uma ação não social (RIVERA, 1995).

A taxonomia da ação de Habermas foi extraída da teoria da ação de Weber e se apresenta como a integradora das outras três ações na sua própria taxonomia, compostas pela ação teleológica e pela ação normativa, que são dirigidas ao mundo objetivo; e, pela ação expressiva que se caracteriza pela forma como são exteriorizadas as intenções subjetivas, os desejos e os sentimentos (RIVERA, 1995).

A ação comunicativa de Habermas (1995) se realiza através do levantamento das pretensões de validade, considera que todo proferimento contém dois elementos

básicos: o componente proposicional ou conteúdo cognitivo que descreve coisas e prescreve obrigações e o segundo elemento que é o performativo ou ilocutivo (RIVERA, 1995).

Essa distinção permitiu a Habermas diferenciar por meio da análise linguística os atos comunicativos dos atos estratégicos (HABERMAS, 1995; REESE-SCHÄFER, 2012) que são perlocucionários, ou seja, correspondem aos efeitos que o falante tenciona produzir sobre o ouvinte e, dessa maneira, o seu objetivo se autoevidencia no conteúdo dito.

A ação estratégica extrapola o ato de fala e corresponde ao não dito. Dessa maneira, a intenção de validade é substituída pela intenção de poder, sendo que a dimensão do ato de fala é externa ao mesmo.

O agir comunicativo que é inerente ao conhecimento ocorre por meio de interações mediadas linguisticamente. Neste, todos os participantes persistem com seus atos de falas para fins ilocucionários, ou seja, aqueles cujo objetivo está contido no ato de fala e que fixa o modo como uma oração é utilizada. Ao pautar-se na ação comunicativa como forma de coordenação, assume três funções básicas: a do estabelecimento de relações interpessoais legitimamente reguladas que permite a produção de normas sociais, a expressão autêntica de vivências anteriores e a conversação que permite a constatação do estado de coisas (RIVERA, 1995).

A taxonomia da ação de Habermas se utiliza também da concepção descentralizada de mundo, onde não existe uma única racionalidade de ação porque não existe um único mundo, mas três mundos que se interagem e que se superpõem, quais sejam: o mundo objetivo das coisas existentes; o mundo social das relações intersubjetivas reguladas normativamente; e o mundo subjetivo das vivências internas exteriorizadas. Esses três mundos não são ontologicamente definidos, salvo o mundo objetivo. Não preexistem as consciências subjetivas e são diferenciados ao longo da experiência em função das capacidades que foram acumuladas pela linguagem de maneira progressiva e resultantes da cooperação social (RIVERA, 1995).

Nesta perspectiva, o mundo da vida corresponde à totalidade difusa. Por sua vez, esta é constituída pelas capacidades ou representações sociais, culturais e da própria personalidade. Essas capacidades foram acumuladas ou adquiridas através de processos interativos de comunicação e remetem à consciência coletiva de um grupo social constituído pelo conjunto de pressuposições sobre as quais se baseia o entendimento. Isso em condições normais de interação.

O mundo é um conceito abstrato em que os conteúdos do mundo da vida são objetualizados por meio de um diálogo implícito onde se busca chegar a um acordo sobre as representações do estado das coisas, das relações interpessoais e das vivências internas (RIVERA, 1995).

Por fim a taxonomia definitiva proposta por Habermas é composta pela ação teleológica, pela ação normativa, pela ação expressiva e pela ação comunicativa.

A ação teleológica inclui uma dupla dimensão: a instrumental e a estratégica. É dirigida ao mundo objetivo e o ator tenta por meio das orações enunciativas colocar seus desejos. Dessa maneira as orações são de intenção (RIVERA, 1995; REESE-SCHÄFER, 2012).

A ação normativa é dirigida ao mundo social e se especifica pela definição de normas sociais que regulam o comportamento dos atores sociais, as situações de conflito e de coerência. Orienta-se pela busca de legitimidade. As normas são reconhecidas nessa ação como orações universais de dever ou mandamentos justificados pelo julgamento objetivo composto pelo grau de adequação e pelo grau de universalização (RIVERA, 1995; REESE-SCHÄFER, 2012).

A ação comunicativa engloba a comunicação pura e o discurso que pode ser teórico, prático ou expressivo e que contém aspectos dos três mundos: objetivo, social e subjetivo. Ela é representada pelo uso da linguagem concebida nesta ação, como o meio pelo qual se alcança o entendimento cujos envolvidos se apresentam com pretensões de validade que podem ser reconhecidas ou questionadas. Esse é um processo onde os falantes necessitam estar dispostos para relativizar suas manifestações, uma vez que a validade da fala pode ser suspensa em função de novos argumentos necessários ao entendimento que ocorre pela via do conflito. Tudo isso,

compõe um processo reflexivo que pode ocorrer em relação a objetos, normas sociais ou vivências internas (RIVERA, 1995; REESE-SCHÄFER, 2012).

Assim, a ação comunicativa foi valorizada na condução deste trabalho por integrar os três mundos: o objetivo que diz respeito ao estado das coisas, o social que se manifesta por meio das relações intersubjetivas e o interno que se pauta na autenticidade e que corresponde às vivências exteriorizadas (RIVERA, 1995).

Esta concepção norteou, então, a apreensão da totalidade do contexto institucional composto pelo mundo objetivo, subjetivo e social e que interfere e orienta as concepções de saúde mental na sua relação com o trabalho e que norteia o processo de trabalho voltado para a SMRT. A totalidade é entendida como o resultado da acumulação de processos cooperativos de comunicação que foram construídos pelas capacidades ou representações culturais, sociais e de personalidade (RIVERA, 1995).

O paradigma da comunicação se apresentou como um elemento importante à compreensão do agir desses agentes institucionais, expressos no processo de trabalho uma vez que se referiu, então, à relação intersubjetiva entre os sujeitos que se comunicavam no contexto institucional e agiam guiados por uma ação consciente, logo intencional. Essa é a base da ação comunicativa que requer dos sujeitos envolvidos na ação, uma negociação da situação (RIVERA, 1995).

Desta maneira, os sujeitos inseridos no CEREST/MT constituem e norteiam as suas ações, tanto pela objetividade das normas institucionais quanto pela maneira subjetiva de se colocarem na relação com o outro por meio de processos de comunicação.

Ao se interessar em apreender as concepções e as relações desses sujeitos envolvidos com o campo denominado SMRT, por meio da análise da ação deles sujeitos no meio institucional, este estudo se apoiou na abordagem da pesquisa qualitativa em saúde que tem seu interesse no microssocial em sua relação com o macrossocial. É baseada em palavras e se volta para a dimensão subjetiva (MERCADO-MARTINEZ e BOSI, 2004) já que se interessa em apreender os

significados e as experiências de maneira contextualizada (CAPRARA e LANDIM, 2008).

Apresentou-se como favorável por possibilitar a construção de novos conceitos e categorias, a partir do estreitamento da relação entre pesquisador e sujeitos pesquisados, no decorrer do percurso da investigação, por meio da sistematização progressiva de conhecimento e da compreensão da lógica interna do grupo de interesse da investigação. Nesta perspectiva, o pesquisador atribui um significado ao que interpreta para além do campo cognitivo, mas incluindo aquilo que lhe é construído subjetivamente (DESLANDES e GOMES, 2004; GONZALES REY, 2005; MINAYO, 2007).

A valorização da metodologia qualitativa pautou-se pela necessidade de apreensão e compreensão da natureza interna do conteúdo que compõe o cotidiano de trabalho no CEREST/MT. Isto, a partir da ação dos agentes institucionais, em torno da organização do processo de trabalho e em função das questões de SMRT seja em nível de concepções estruturadas também na esfera cognitiva e na própria ação expressa na forma pela qual os sujeitos estavam envolvidos no contexto do trabalho e agiam diante desse processo. Isso significa afirmar que a maneira como fazem (ou deixam de fazer) recebeu influência de suas concepções sobre saúde mental e trabalho no âmbito do CEREST/MT e na esfera do SUS.

A abordagem qualitativa apresentou-se como favorável então para identificar como os sujeitos agiam no âmbito do CEREST/MT, a partir da concepção de SMRT e como parte da realidade do processo de trabalho que desenvolviam.

5.1 AS TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados prescinde de observação. No caso específico do CEREST/MT, a observação foi empregada nos moldes da observação participante que juntamente com a entrevista aberta se tornam técnicas privilegiadas para

obtenção de informações na pesquisa qualitativa (MERCADO-MARTINEZ e BOSI, 2004).

A observação participante permitiu valorizar o envolvimento entre o pesquisador e os demais sujeitos envolvidos no processo de coleta de dados de forma que a construção do conhecimento foi favorecida por essa proximidade (CAPRARA e LANDIM, 2008).

Desta maneira, orientada por um roteiro (apêndice 1), a observação participante contribuiu tanto para se compreender de que maneira estava organizado o processo de trabalho, bem como o modo pelo qual os trabalhadores se orientavam ou não por ele; e de que maneira se envolviam na sua definição e efetivação. Assim, possibilitou a identificação das condições objetivas e subjetivas que compunham o processo de trabalho no CEREST/MT. O período de observação constou de março a maio de 2012 quando foram observadas situações que incluíram todos os trabalhadores e gestores, independente da inclusão dos mesmos na realização das entrevistas.

Outra técnica que contribuiu para a coleta de dados foi o levantamento de documentos sobre saúde mental e trabalho no âmbito do SUS, e conseqüentemente do CEREST/MT. Esses documentos consistiram em diplomas legais como leis, portarias, decretos e também em manuais, documentos de comunicação (cartas, ofícios, comunicações internas, solicitações, entre outros) e materiais diversos, inclusive de capacitação.

A entrevista como técnica de coleta de dados individual foi usada na abordagem de entrevista aberta junto aos trabalhadores e gestores seguindo a orientação de um roteiro mínimo (apêndice 2). Para preservar a identidade dos mesmos na análise de dados, estes foram caracterizados apenas como informantes seguido de uma letra alfabética, usada aleatoriamente e sem qualquer relação que pudesse identificar os participantes. Essa situação se diferiu apenas na análise de processo de trabalho onde a diferenciação entre técnico e gestor se fez necessária para a apreensão da maneira como ocorreu a comunicação entre os mesmos.

Esta técnica também é caracterizada como entrevista em profundidade e foi empregada com o propósito de identificar qual a concepção de saúde mental e trabalho e ainda apreender sua inserção no âmbito das ações do CEREST/MT.

Foi planejada uma discussão com o grupo de participantes. Porém, esta não foi realizada, uma vez que a intenção era identificar a percepção do coletivo sobre os dados levantados e resultados encontrados, bem como para confirmar possíveis dúvidas que surgissem na sistematização e leitura do material coletado. No entanto, essas questões foram suprimidas em virtude da readequação dos objetivos deste trabalho.

Os dados sócio demográficos foram obtidos por meio de um questionário preenchido pelos participantes deste estudo no início da entrevista (apêndice 3). As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. A pedido do entrevistado uma única entrevista foi realizada sem o auxílio do gravador. Porém ao final desta entrevista foram confirmadas as respostas com o mesmo que assinou o material de anotação das respostas.

A observação participante foi realizada de maneira que possibilitou identificar entre os técnicos aqueles envolvidos mais diretamente tanto na produção e análise de dados sobre a saúde do trabalhador, por meio do observatório, quanto os que trabalham de maneira mais próxima das unidades de saúde da rede do SUS no estado. Possibilitou ainda distinguir aqueles que representam o CEREST/MT junto a entidades de representação de trabalhadores e outras instituições de interesse de saúde do trabalhador. Os que realizam atividades estritamente administrativas e de serviços de apoio como limpeza, transporte e vigilância também foram observados, porém não compuseram o grupo integrante da entrevista.

Esse período permitiu identificar os técnicos que puderam ser considerados informantes chave da pesquisa e desta maneira compor o grupo que foi entrevistado. Todos os técnicos contatados a participar da entrevista aceitaram o convite e dessa forma totalizaram seis técnicos entrevistados em um universo de treze servidores.

No que se refere à participação dos gestores, houve concordância de todos para a participação da entrevista, totalizando três gestores entrevistados, sendo um

coordenador e dois gerentes. No decorrer das entrevistas foi pensado entrevistar o superintendente de Vigilância em Saúde da SES/MT, em função da ligação hierárquica institucional, porém, o mesmo encontrava-se em férias no período de realização das entrevistas não sendo assim possível incluí-lo.

Finalmente o número total de entrevistas realizadas resultou em nove que corresponde a nove sujeitos.

O processo de trabalho no CEREST/MT é amplo e tem como referência a vigilância em saúde do trabalhador. A realização da observação participante contribuiu para compreender de que maneira está organizado o processo de trabalho voltado para a saúde mental e trabalho. Para tanto, foi necessário apreender o modo como os trabalhadores do CEREST/MT se inserem no trabalho, como se comunicam internamente no serviço, intersetorialmente no âmbito da SES e da rede do SUS e, interinstitucionalmente, junto a outros órgãos governamentais e instâncias de representação social de trabalhadores. Foi necessário também identificar quais as suas condições de trabalho e o modo pelo qual os trabalhadores se orientam ou não pelo processo de trabalho e de que maneira se envolvem na sua definição. Possibilitou ainda verificar como ocorrem as relações institucionais implícitas no processo de trabalho necessárias para a integralidade das ações em saúde do trabalhador e mais especificamente as de saúde mental.

5.2 OS SUJEITOS

Os dados sócio demográficos, levantados entre os participantes demonstraram que dos nove entrevistados 55,6% (5) são do sexo masculino e 44,4% (4) do sexo feminino. Entre esses, 55,6% são casados (5); 33,3% solteiros (3); e 11,1% é viúvo (1).

Entre os entrevistados, 88,9% (8) mantinham vínculo de trabalho efetivo com o SUS, por meio da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (SES/MT), sendo

apenas 11,1% (1) prestador de serviço e que vale destacar que esse ocupava um dos três cargos de confiança.

Quanto ao tempo de trabalho, este foi categorizado como tempo de trabalho no SUS, com saúde do trabalhador e no CEREST/MT.

Dos nove entrevistados, 56,6% (5) trabalham no SUS há mais de 10 anos; 33,3% (3) entre seis e dez anos; 11,1% (1) trabalham no SUS entre dois e quatro anos.

Os anos de trabalho com saúde do trabalhador identificados são: 44,5% (4) participantes possuem menos de dois anos de trabalho com saúde do trabalhador; 11,1% (1) trabalham na área entre quatro e seis anos; 22,2% (2) trabalham entre seis e oito anos; e 22,2% (2) têm mais de oito anos de serviço com saúde do trabalhador. Foi encontrada uma pequena variação que difere o tempo de trabalho com saúde do trabalhador em relação ao tempo de trabalho no CEREST/MT.

Quanto à carga horária, 66,7% (6) dos participantes realizam jornada de trabalho de 40 horas semanais, sendo que entre esses 33,3% (2) possuem outro vínculo de trabalho. Dos 33,3% (3) que realizam jornada de 30 horas semanais, 33,3% (1) deles possuem outro vínculo de trabalho caracterizado por realização de plantão noturno.

Os entrevistados possuem formação profissional nas áreas de: Biologia (1); Ciências Contábeis (1); Enfermagem (1); Engenharia Agrônômica (1); Farmácia Bioquímica (2); Fisioterapia (1); Pedagogia (1) e Sistema de Informação (1). Quanto ao cargo exercido, 88,9% (8) são profissionais de nível superior do SUS (PNS-SUS) e 11,1% (1) assistente do SUS.

Quanto à pós-graduação, 77,8% (7) possuem pós graduação e 22,2% (2) não possuem. Entre os que a possuem 71,4% são especialistas; 14,3% (1) são mestres e 14,3% (1) é doutor em saúde e ambiente. Entre os especialistas, 60% (3) possuem especialização em saúde pública. A capacitação em saúde mental foi realizada por apenas um participante.

5.3 A INTERPRETAÇÃO DE DADOS

A interpretação dos dados foi realizada por meio da análise temática que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado” (MINAYO, 2007).

As etapas que compuseram a análise de dados constaram de:

- 1) Leitura de material;
- 2) Agrupamento das respostas;
- 3) Classificação das concepções dos sujeitos e de suas derivações enquanto fragmentos;
- 4) Identificação das respostas de maior frequência com significado diante do objeto deste trabalho;
- 5) Realização de apontamentos analíticos iniciais;
- 6) Análise.

As classificações das concepções encontradas acerca de saúde mental e trabalho e ações estratégicas encontradas no CEREST/MT foram definidas por meio do material coletado. São elas: concepções dos sujeitos sobre saúde mental e trabalho; processo de trabalho no CEREST/MT voltado para saúde mental e trabalho, e ações específicas de saúde mental e trabalho, observadas e referidas pelos participantes.

Este projeto foi protocolado no Comitê de Ética do Hospital Universitário Julio Müller, sob o número 159/CEP-HUJM/2011 e obteve o aval para sua realização e assim sendo todos os procedimentos estiveram de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes após devidamente orientados e que concordaram em participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 4).

O financiamento para a realização da pesquisa partiu da própria pesquisadora aliado ao apoio financeiro do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de

Mato Grosso (ISC/UFMT), no que se referiu às despesas acadêmicas necessárias para a defesa da dissertação (apêndice 5).

6 RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

6.1 PERSPECTIVA INSTITUCIONAL DA INSERÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA SAÚDE DO TRABALHADOR: AÇÕES NORMATIVAS E TÉCNICAS

A intencionalidade presente na escolha do campo foi marcada, pelo fato de que o CEREST/MT em âmbito estadual representa um espaço privilegiado de condução de políticas em saúde do trabalhador; e, dessa maneira identificar como a SMRT encontra-se inserida em seu meio se torna imprescindível para discutir a saúde mental em sua relação com a saúde do trabalhador no âmbito do SUS de Mato Grosso.

Para tanto, alguns documentos foram levantados na etapa inicial de coleta de dados e no período de observação participante e estes primordialmente orientam a inserção formal da saúde mental neste. Entende-se que estes documentos representam o norte institucional para a saúde mental relacionada ao trabalho uma vez que formalizam por meio de portarias, decretos e planos a ação e atuação que, minimamente, o SUS deveria desenvolver e ofertar em termos de ações e serviços nesta área.

A análise desses documentos permitiu um olhar comparativo entre o prescrito e o real, pois nem sempre o preconizado foi seguido, embora as portarias e decretos sejam abrangentes por serem ditadas em âmbito federal. Por outro lado, os planos, neste caso, de caráter estadual poderiam possibilitar o uso da criatividade no delineamento das ações orientadas pelas leis, decretos e portarias ajustadas a realidade regional.

Desta maneira a análise de documentos se apresenta desde a esfera macro (abrangência nacional) por meio das portarias, decretos, manuais até a esfera micro (abrangência estadual) como é o caso dos planos e relatórios de gestão, já que outros documentos não foram disponibilizados pela gestão, para consulta, por terem sido

considerados desnecessários para este trabalho. Fazem parte desse grupo de documentos as comunicações internas, os ofícios emitidos e recebidos e os *emails* que poderiam contribuir na identificação da relação do CEREST/MT com os Escritórios Estaduais de Saúde (ERS), outros setores da saúde e entidades de saúde do trabalhador.

6.1.1 Dimensões normativas e técnicas nos documentos de abrangência nacional

As ações normativas e técnicas se constituem na observância dos conteúdos políticos e técnicos que compõem os documentos que orientam as ações, seja no campo das práticas de saúde, ou ainda nas relações políticas necessárias ao planejamento e execução das ações, no âmbito do SUS.

Extrapolam as competências institucionais internas e avançam em direção à intersectorialidade, seja voltada para ações articuladas e conjuntas com instituições afins, seja na articulação com representação de trabalhadores por meio das suas entidades colegiadas, associativas ou sindicais.

Para tanto, foram analisados os seguintes documentos: Portaria nº1339/GM/99 (BRASIL, 1999b); Manual de Procedimentos para os Serviços de saúde sobre as Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001); Portaria 1679/GM/2002 (BRASIL, 2002); Portaria 104/GM/2011 (BRASIL, 2011b e a Ficha de Investigação dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (BRASIL, 2005b), como segue:

- a) Portaria nº1339/GM/99 institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 1999b):

A Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho, inclui os Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados com o Trabalho, em acordo com o Grupo V da CID-

10. Além disso especifica quais são os agentes etiológicos ou fatores de risco de natureza ocupacional para cada um dos dezesseis transtornos listados. Essa descrição apresenta as substâncias físicas e químicas que interferem no processo de adoecimento mental.

A abrangência desta portaria encontra-se no fato de que reconhece como causa das doenças questões estruturais da organização do trabalho e do modo de produção, que no caso dos transtornos mentais relacionados ao trabalho supera a perspectiva tradicional da psiquiatria de considerar como fatores etiológicos apenas os de origem orgânica. Nesse sentido reconhece e considera na relação do trabalho com os transtornos mentais os problemas pertinentes ao emprego, desemprego e ritmo de trabalho penoso. As questões de ordem subjetiva voltadas para a organização do processo de trabalho e a maneira como o trabalhador se relaciona com esse processo são caracterizadas na lista, como circunstâncias relativas às condições de trabalho, má adaptação à organização do horário de trabalho, desacordo com o padrão e colegas de trabalho e outras dificuldades físicas e mentais relacionadas como o trabalho.

b) Manual de Procedimentos para os Serviços de saúde sobre as Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001):

Publicado em 2001, ou seja, dois anos após a publicação da Portaria 1339/GM/99, objetiva nortear os profissionais de saúde no que se refere à “prevenção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores”. Ao classificar as doenças em sua relação com o trabalho, em acordo com *Schilling I*, apresenta as doenças mentais como exemplo da terceira categoria descrita: a do trabalho como provocador de um distúrbio latente ou de doença já estabelecida. Esta categoria na qual a doença mental está inserida não reconhece a relação direta da doença com o trabalho, mas como doença de etiologia múltipla. Dessa maneira sua relação ou nexos com o trabalho deve ser caracterizado epidemiologicamente, ou seja, “pela observação de um excesso de frequência em determinados grupos ocupacionais ou

profissões seja pela ampliação quantitativa ou qualitativa do espectro de determinantes causais, que podem ser melhor conhecidos a partir do estudo dos ambientes e das condições de trabalho” (BRASIL, 2001, pag 28). Vale dizer que, se por um lado, as questões de ordem subjetiva são reconhecidas na sua relação com o trabalho, por outro, também estão presentes na subjetividade do trabalhador da saúde, responsável por realizar a investigação entre o nexo da doença e o trabalho, principalmente ancorado na história clínica e na *anamnese* ocupacional.

Por sua vez, em função de o adoecimento mental do trabalhador possuir etiologia múltipla e a principal forma de estabelecimento dessa relação ser de característica subjetiva, por ser fortemente identificada na clínica, o estabelecimento do nexos pode ser prejudicado devido às próprias fragilidades no desenvolvimento dessa habilidade por parte dos médicos no seu processo de formação. Dessa maneira os laudos que afirmam a relação do trabalho com os prejuízos mentais do trabalhador são sempre calcados na presunção.

No capítulo 10 ao apresentar os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho de acordo com o Grupo V da CID-10, esse manual traz também uma síntese dos transtornos mentais relacionados ao trabalho no que trata da definição da doença, sua epidemiologia, quadro clínico e diagnóstico, tratamento e outras condutas, prevenção e bibliografias sugeridas. Vale dizer que a conduta descrita no manual reitera o compromisso descrito na Portaria 1339/GM/99 de estabelecer a relação entre o adoecimento mental e o trabalho para além de fatores orgânicos.

c) Portaria 1679/GM/2002 (BRASIL, 2002):

Apresenta os 17 agravos e problemas de saúde, e dentre esses, se encontram os transtornos mentais condicionados pelas relações de trabalho, como um dos transtornos, pelos quais os CEREST's em esfera estadual devem se responsabilizar pela execução, organização e estruturação da assistência de média e alta

complexidade.

- d) Portaria 104/GM/2011 (BRASIL, 2011b): define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde:

Inclui os transtornos mentais como de notificação compulsória em Unidades Sentinelas. Além disso, padroniza o uso dos termos empregados na saúde e conceitua agravos e doenças.

- e) Ficha de Investigação dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (BRASIL, 2005b):

Após a formalização no cabeçalho, traz a definição do que é transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho de acordo com a conceituação da CID 10. Dispõe de campos para identificação da unidade de saúde notificadora, do paciente, da residência. No campo de dados complementares possui campos para registro dos antecedentes epidemiológicos que se referem ao trabalho em si: natureza e tipo da ocupação ou desemprego e características da empresa. No campo transtornos mentais a ênfase maior é para uso de substâncias psicoativas. Na conclusão possui campos onde deve ser informada a conduta e os aspectos relevantes da saúde coletiva: intervenções no processo de trabalho, identificação de outros casos, emissão de CAT. Por fim, deixa um espaço para dados adicionais cuja observação for realizada. O último campo é para identificação do investigador.

Ao analisarmos as normas ministeriais expressas por meio da Portaria 1339/GM/1999, do Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde sobre as Doenças Relacionadas ao Trabalho, da Portaria 1679/GM/2002, da Portaria 104/GM/2012 e das fichas de Investigação dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho, e ao compararmos com os documentos de abrangência estadual; à luz da

taxonomia da ação proposta por Habermas (RIVIERA, 1995) algumas indagações norteiam essa análise: Qual a origem dessas normas legais? São legítimas do ponto de vista de um processo comunicativo que tem por base a negociação? Promovem ou promoveram a integração social ou valoriza o isolamento social?

Ao orientarmos essa análise por meio dos dados obtidos no período de observação e pelas entrevistas realizadas, indagamos ainda se essas normas são orientadoras no sentido de possibilitar a formação de uma concepção de SMRT coesa com a vertente adotada pelo MS. Essas normas foram capazes de viabilizar práticas emancipadoras de SMRT, no CEREST/MT, no sentido de valorizar essa relação e reconhecer por meio de ações coerentes com a corrente da SMRT? Quais as capacidades que nortearam a elaboração dessas normas? Elas expressam elementos da ação comunicativa ou se caracterizam por outras ações?

Podemos afirmar que a abrangência política desses documentos, se ancora na ampliação dos determinantes da saúde do trabalhador, ao reconhecer que a origem de alguns transtornos mentais e do comportamento estão relacionadas com o trabalho. Esses transtornos são compreendidos como aqueles descritos no Grupo V da CID-10, formalmente descritos e inclusos na lista de doenças relacionadas ao trabalho, instituída por meio da Portaria 1339/GM/1999.

Por sua vez a relação da saúde mental com o trabalho, materializa a junção de dois campos complexos da área de saúde, a saber: a saúde do trabalhador e a saúde mental. Dessa maneira para responder a essas indagações é necessário reconhecer que esses dois campos: a saúde do trabalhador e a saúde mental são resultantes de um processo ou movimento social amplo, que compôs a reforma sanitária do Brasil.

Politicamente, esses movimentos e suas repercussões conceituais possibilitaram a esses dois campos romper com as concepções hegemônicas de saúde do trabalhador que não consideravam a dimensão social e histórica do trabalho na relação da saúde-doença (MACHADO e ASSUNÇÃO, 2012), situação que pode muito bem ser estendida às questões de saúde mental.

A partir de então a produção de documentos normativos como a Portaria 1339/GM/1999 passou a reconhecer os determinantes sociais e históricos na relação

desses dois campos, e, ao incluir os transtornos mentais relacionados ao trabalho na lista de doenças e agravos relacionados ao trabalho, formaliza o reconhecimento da relação entre trabalho e adoecimento psíquico. Com efeito, a materialização da relação trabalho e saúde mental encontra-se n CID 10 e é traduzido como transtorno mental e comportamental.

A Portaria 1679/GM/2002 e a Portaria GM/104/2011 são bastante abrangentes, uma vez que estende a relação saúde mental e trabalho para além da doença, pois incluem os agravos à saúde, compreendidos como “qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas, e lesões auto ou heteroinfligidas” (BRASIL, 2011b). Assim o desgaste que advém da relação saúde mental e trabalho e que não necessariamente implica em uma doença mental, apesar do sofrimento causado ao trabalhador (LAURELL e NORIEGA, 1989), pode ser reconhecido como um agravo à saúde, a partir dessa definição descrita na Portaria GM/104/2011.

A elaboração da lista de doenças e agravos relacionados ao trabalho e a inclusão da saúde mental nesta, pode ser considerada inovação por romper com a barreira do reconhecimento exclusivo das etiologias orgânicas para os transtornos mentais. Mais que inovação, a formalização dessa lista é um reconhecimento, no campo da saúde mental relacionada ao trabalho, de que a causa dos agravos e doenças que acometem os trabalhadores podem residir nos fatores ambientais, mas extrapolam a barreira do mundo objetivo e orgânico; e também se localizam no âmbito das relações subjetivas entre os envolvidos, abrangendo os três níveis de desgaste, qual seja: o orgânico, o funcional e o desgaste da subjetividade (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Em consonância com a Portaria 1339/GM/1999 a elaboração e publicação do Manual de Procedimentos para os serviços de saúde sobre as Doenças Relacionadas ao Trabalho explicitam que para além da esfera micro, compreendida como o local de trabalho, a sanidade/insanidade mental dos trabalhadores são afetadas também pelas interferências do contexto regional, e recebem influências das relações sociais e das contradições do modo de produção, em escala que supera os limites da

nacionalidade e que é composto por forças políticas, econômicas e sociais na esfera internacional (SELIGMANN-SILVA, 2011), constatado neste Manual por meio das afirmações:

A vigilância em saúde do trabalhador deve considerar a multiplicidade de fatores envolvidos na determinação das *doenças mentais e comportamentais relacionadas ao trabalho*. Em alguns casos, são de natureza química, em outros, intrinsecamente relacionados com as formas de organização e gestão do trabalho ou mesmo da ausência de trabalho e em muitos casos decorrem de uma ação sinérgica desses fatores (BRASIL, 2001, pag 162).

As orientações contidas no manual ancoradas nos preceitos da SMRT, encontra-se no fato desse também estar alinhado com o pensamento de que é

indispensável o entendimento das forças emanadas de instâncias que presidem às determinações que incidem, simultaneamente, sobre a economia e os seres humanos que fazem parte do *mundo do trabalho*. (...) participam de tal *mundo* os desempregados e os que estão em situações ambíguas quanto ao trabalho – como ‘viver de bicos’, frequente intermitência entre emprego e desemprego, afastamento prolongado do trabalho por doença e outras (SELLIGMAN-SILVA, 2011, pag 41).

Ao apresentar a epidemiologia dos fatores de risco de natureza ocupacional conhecidos para o alcoolismo crônico relacionado ao trabalho, o Manual também mantém sua coerência teórica ao afirmar a relação do alcoolismo com fatores sociais e de organização e processo de trabalho de acordo com o Manual (BRASIL, 2001, pag 175):

Uma frequência maior de casos (individuais) de alcoolismo tem sido observada em determinadas ocupações, especialmente aquelas que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas e mesmo determinantes de certa rejeição, como as que implicam contatos com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães; atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigosos (transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil) de grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais); de trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias); situações de trabalho que envolvem afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração).

Ou ainda, ao apresentar os fatores de risco ocupacionais conhecidos para os episódios depressivos reitera que a relação com o trabalho, ainda que silenciosa pode

estar localizada na competição impulsionada pelo ritmo da produção que nem sempre respeita o ritmo do trabalhador:

A relação dos episódios depressivos com o trabalho pode ser sutil. As decepções sucessivas em situações de trabalho frustrantes, as perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, as exigências excessivas de desempenho cada vez maior, no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efetiva, perda do posto de trabalho e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves ou protraídas. A situação de desemprego prolongado tem estado associada ao desenvolvimento de episódios depressivos em vários estudos de diferentes países (BRASIL, 2001, pag 178).

Nesse sentido, a condução dada pelo MS por meio das portarias e desse Manual encontram-se alinhadas à concepção ou vertente da SMRT como integradora das outras vertentes, uma vez que esse campo de pensamento tem por objeto a “interrelação entre o trabalho e os processos de saúde-doença cuja dinâmica se inscreve *mais marcadamente* nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja eminentemente social” (SELLIGMAN-SILVA, 2011, pag 40).

Vale dizer, que a luz da ação comunicativa, os documentos ministeriais que norteiam a ação e a decisão dos trabalhadores do setor saúde, previdência, justiça do trabalho e dos sindicatos de trabalhadores, em relação à ação institucional dos mesmos, são entendido como resultantes de um processo de luta, expresso nos movimentos de trabalhadores e de grupos organizados, logo, podem ser considerados legítimos do ponto de vista de que expressa a materialização de uma necessidade social negociada (pactos normativos) entre movimentos sociais e representantes do poder público (Ministério da Saúde).

Pode-se pensar ainda que essa legitimidade também é institucional, pois foi pactuada entre representantes de diversas instituições que participaram da sua construção e também da elaboração técnica dessas portarias e do manual. Neste sentido percebe-se a promoção da integração social enquanto um “ato voluntário, pessoal, embora seja mais percebido pelo impacto que provoca” (MAIA, 2002, pag 14), como constatado: “O processo de elaboração desse Manual de Procedimentos representou o investimento de dois anos de trabalho, envolvendo uma equipe de

professores e alunos de universidades, pesquisadores, profissionais e técnicos dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador” (BRASIL, 2001, pag 14).

A capacidade cognitivo moral entendida como aquela que se desenvolve a partir da descrição de coisas e de preceitos apreendidos sob a égide de uma lógica imperativa foi identificada como presente na construção dialógica e comunicativa desse pacto.

A capacidade normativa dos grupos sociais compreendida como “regra de conduta obrigatória por imperativo de convivência social” (MAIA, 2002, pag 266) e pelo julgamento crítico do saber cultural “como um conjunto complexo que compreende os conhecimentos, as crenças, a arte, o direito, a moral, os costumes e todas as outras aptidões e hábitos que o Homem, enquanto membro de uma sociedade adquire” (MAIA, 2002, pag 89) também foram identificadas.

Ao pertencer a grupos distintos, a equipe tinha um fim a ser seguido ao mesmo tempo em que trazia vivências e experiências próprias e inerentes a cada esfera de atuação, seja na academia, na Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ou no serviço que serviram para consensuar as expectativas e concepções acerca de SMRT, no decorrer do trabalho dividido em etapas como apresentado no anexo1 (BRASIL, 2001, pag 15) e que ao se constituírem em portarias se apresentaram como normas a serem seguidas.

Assim, o manual compreendido como o pacto a ser observado por outras esferas de formulação política e execução de ações, pode ser entendido como o resultado de um processo comunicativo. Isso porque está calcado no entendimento, visto como “processo de convicção intersubjetiva que coordena as ações dos participantes de uma interação sobre a base de uma motivação por razões” (RIVERA, 1995, p22). Desta maneira, ressalta-se que a abrangência desses pactos foram construídas sob negociação entre setores sociais diversos em momentos anteriores a sua elaboração, iniciado nos movimentos sociais que resultaram nas reformas da Política de Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental.

Para Habermas essa negociação é típica de relações intersubjetivas que assumem os “sujeitos capazes de linguagem e de ação quando eles se entendem entre

si sobre algo no mundo” (RIVERA, 1995, p22) e que se manifestam sob uma tríade expressa por meio da condução política em favor dos trabalhadores e da integralidade da saúde, de uma dimensão teórica que fundamenta o aspecto técnico que tem por base o campo da SMRT e a dimensão social que considera o trabalhador enquanto sujeito ao incorporar as demandas de um movimento social liderado por representantes de trabalhadores.

Já as portarias podem ser compreendidas pelo seu conteúdo, como resultantes da ação normativa, uma vez que se apresentam como conteúdos justificados universalmente e que devem ser seguidos em função da imposição do poder institucional: “esta portaria entre em vigor a partir da data de sua publicação”.

6.1.2 A normalização da SMRT no CEREST/MT

Os documentos de abrangência estadual identificados e que serviram de base para a análise inicial que pressupõe haver normalização do pacto social encontrado nos documentos nacionais foram os planos, os relatórios de gestão, as notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho, o boletim nº1 de vigilância em saúde do trabalhador, as pactuações das Unidades de Saúde Mental para atuarem como Unidades Sentinelas em saúde do Trabalhador, panfletos e documentos internos do CEREST/MT, cuja descrição e análise segue identificado por letras:

a) Planos:

As diretrizes da saúde do trabalhador dos anos de 2010 a 2012 foram encontradas nos seguintes documentos: Plano de Trabalho Anual (PTA) do ano de 2010 (MATO GROSSO, 2010a); Procedimentos PTA 2010 - Saúde do Trabalhador (MATO GROSSO, 2010b); PTA 2011 (MATO GROSSO, 2011c); Diretrizes e Programação Anual de Saúde 2012 (MATO GROSSO, 2012a). Nesses documentos que são abrangentes, não foi encontrado nenhum registro relacionado à SMRT, nem mesmo nas atividades educativas. Foi claramente registrado que as prioridades em termos de acompanhamento são cinco agravos e dentre esses não estão os transtornos mentais.

b) Relatórios de Gestão:

Foram identificados relatórios de gestão referentes aos anos de 2004, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010 e 2011. O relatório de 2005 não constou entre os que foram disponibilizados. Os relatórios dos anos de 2007, 2008 2009 e 2010, referiram atividades educativas de acolhimento e de pesquisa em SMRT sendo:

Relatório de gestão 2007 (MATO GROSSO, 2007): Neste relatório estava descrito ter sido realizada uma investigação sobre denúncias de maus tratos, na forma de inspeção no local de trabalho. No entanto, o relatório dessa atividade não constava como anexo para que fosse analisado com maior propriedade. Neste ano foi realizada ainda uma atividade denominada “é preciso saber viver”, e houve participação do CEREST/MT em um *Workshop* sobre direito ambiental, qualidade de vida e valorização do trabalhador junto à Ordem dos Advogados do Brasil em Mato Grosso (OAB/MT), bem como no 6º Congresso de *STRESS* da ISMA-BR e 9º Forum Internacional de Qualidade de Vida no Trabalho. Consta ainda, que nesse ano foram realizados cinco acolhimentos referentes a transtorno mental. Outra menção diz respeito à participação do CEREST/MT na organização e execução do II Encontro de CAPS, da Semana Interna de Prevenção de Acidentes (SIPAT) e Comissão Local de Saúde do trabalhador (CLST) do Centro Integrado de Atenção Psicossocial (CIAPS) Adauto Botelho. Neste mesmo ano foi elaborado e executado um projeto de pesquisa com servidores da Secretaria Municipal de Educação, Desporto e Lazer de Cuiabá (SMEDEL) no qual foram referidos pelos participantes ansiedade e estresse como uma das morbidades mais frequentes entre os professores.

Relatório de gestão 2008 (MATO GROSSO, 2008): No relatório de gestão de 2008 houve menção da ampliação da lista de doença como uma demanda para capacitação. Além disso, foi realizada uma palestra sobre Transtornos Emocionais Relacionados ao Trabalho, no Encontro da Secretaria de Estado de Educação (SEDUC). Neste ano reaparece a realização do projeto de pesquisa de morbidade referida realizada na SMEDEL; e a finalização de pesquisa semelhante realizada na Cooperativa dos Trabalhadores e Produtores de Materiais Reciclados (COOPEMAR) a cujos resultados não tive acesso por não terem sido publicados.

Relatório de gestão 2009 (MATO GROSSO, 2009): Foi realizada uma oficina por melhores condições de trabalho e sobre Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho na SEDUC.

Relatório de gestão 2010 (MATO GROSSO, 2010c): Na SIPAT da SEDUC foi realizada palestra sobre transtornos emocionais relacionados ao trabalho.

c) Notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho:

As notificações de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho que compõem o SINAN de Mato Grosso estão documentados em formulário com padronização idêntica à ficha de investigação, sendo diferenciada apenas pelo fato de se referir aos casos investigados, ou seja, confirmados pelas unidades de saúde e que deixaram a condição de suspeição. Até o momento de finalização de coleta de dados foram encontradas no SINAN 17 notificações, sendo assim distribuídas:

Região de Saúde	Município	Unidade Notificadora	Nº de notificações por ano						
			2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Baixada Cuiabana	Barão de Melgaço	Centro de Saúde da Família Barão de Melgaço	-	-	-	1	-	-	1
	Cuiabá	Policlínica do Verdão	-	-	-	-	-	1	1
		Centro de Reabilitação Dom Aquino Correa	1	-	-	-	-	-	1
Teles Pires	Ipiranga do Norte	Programa de Saúde da Família I	-	-	-	1	-	2	3
Garças Araguaia	Nova Xavantina	CAPS	-	1	1	6	-	1	9
Oeste Mato-grossense	Vale de São Domingos	Centro de Saúde Bezerra da Silva	1	-	-	-	-	-	1
Alto Tapajós	Nova Bandeirantes	USF Antonio Fernandes	-	-	-	-	1	-	1
TOTAL			02	01	01	08	01	04	17

Quadro1: Distribuição de TMRT por região de saúde e município de MT nos anos de 2006 a 2011.

Fonte: SINAN

Estas notificações fazem parte do SINAN. O processamento delas ocorre após a investigação do caso, realizada na Unidade de Notificação. Sua inserção no SINAN é feita pelo ERS, onde a mesma passa a compor o sistema *on line* (SINAN-NET) o qual é acompanhado no CEREST/MT por meio de um técnico responsável por cuidar da qualidade dos dados.

d) Boletim de Vigilância em Saúde do Trabalhador
COSAT/SVS/SES/MT ano I, N°1 (MATO GROSSO, 2011a):

Elaborado em 2012, este número traz a distribuição quantitativa de transtornos mentais, nos anos de 2008 e 2009, com a ressalva de que as notificações não foram realizadas de maneira homogênea e em quantidade significativa.

e) Pactuações das Unidades de Saúde Mental para atuarem como
Unidades Sentinelas em Saúde do Trabalhador:

No decorrer dos anos de 2008 a 2012 foram realizadas nove pactuações entre o CEREST/MT e os CAPS de Mato Grosso, com intuito desses se tornarem Unidades Sentinelas. Essas pactuações abrangeram cinco das dezesseis regiões de saúde do estado, totalizando sete municípios com CAPS pactuados. Os CAPS de Primavera do Leste, CAPS II de Transtornos Mentais, CAPS ad e CAPS Infante Juvenil de Várzea Grande respectivamente receberam capacitação no mesmo ano de pactuação. O CAPS de Campo Verde recebeu capacitação um ano após a pactuação. Os CAPS Arte de Viver de Guarantã do Norte, Flor do Amanhecer de Peixoto de Azevedo e o CAPS de Tangará da Serra, foram capacitados dois anos após a pactuação. O CAPS de Nova Xavantina foi capacitado três anos após a pactuação conforme quadro2.

Região de Saúde	Município	CAPS	Data da portaria de pactuação	Ano de capacitação	Categoria Profissional capacitado
Barra do Garças	Nova Xavantina	Nova Xavantina	08/09/2008	2011	Médico
Peixoto de Azevedo	Guarantã do Norte	Arte de Viver	16/09/2008	2010	Enfermeiro
	Peixoto de Azevedo	Flor do Amanhecer	21/10/2008	2010	Enfermeiro
Tangará da Serra	Tangará da Serra	Tangará da Serra	15/01/2010	2012	Médico A. Social
Rondonópolis	Campo Verde	Campo Verde	12/02/2010	2011	Enfermeiro
	Primavera do Leste	Primavera do Leste	11/06/2010	2010	Psicólogo
Baixada Cuiabana	Várzea Grande	Transtorno Mental	12/03/2012	2012	Enfermeiro
		CAPS ad	12/03/2012	2012	Psicólogo
		Infanto Juvenil	12/03/2012	2012	A.Social

Quadro 2: Rede Sentinela em saúde do trabalhador: CAPS pactuados em Mato Grosso, Ano 2012

Fonte: Quadro adaptado do Observatório do CEREST/MT.

Consta em relatório de capacitação, que a enfermeira do CAPS de Colniza recebeu capacitação em protocolos clínicos em 2012. No entanto foi encontrado registro nos documentos disponíveis de que esse CAPS tenha sido pactuado como Unidade Sentinela.

f) Panfletos:

Entre os vários materiais informativos e de divulgação elaborados e distribuídos pelo CEREST/MT, foram encontrados dois que se relacionam à SMRT, a saber: um que motiva a notificação compulsória dos agravos à saúde do trabalhador (MATO GROSSO, 2011d), conforme a Portaria 104/GM/2011; e outro sobre assédio moral (MATO GROSSO, 2011e) cujo conteúdo está sistematizado de forma a esclarecer o que é assédio moral, quem pratica, quais são as principais vítimas, exemplos, consequências, sofrimentos demandados, questões legais, motivos da

agressão, perfil do agressor, provas de agressão, estratégias de defesa, locais de denúncia.

- g) Material informativo digital sobre a Coordenadoria de Saúde do trabalhador (COSAT), RENAST, CEREST, Política Nacional de Saúde do Trabalhador, Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), Protocolos clínicos, organograma da saúde do trabalhador:

Encontra-se postado na página da COSAT material instrucional e de informação sobre a saúde do trabalhador. Na *homepage* do CEREST/MT constam dez protocolos clínicos dos agravos de notificação obrigatória, conforme exigência da Portaria 104/GM/2011. Vale destacar que o protocolo de transtorno mental relacionado ao trabalho não se encontra disponibilizado nessa *homepage*, *bem como* mantém a sua exclusão ao listar o fluxograma dos agravos. No entanto, ao disponibilizar as fichas de notificações, referindo-se à obrigatoriedade da notificação dos agravos descritos na portaria, inclui no item 7 os transtornos mentais.

A constituição do entendimento de que em nível estadual, os pactos não foram interiorizados, perderam então a dimensão da ação comunicativa e passaram a se constituir apenas como ações normativas, passíveis de serem observadas pelo dever de cumprimento das normas, como encontrado nos diversos documentos estaduais que compuseram essa análise.

Os planos anuais de trabalho da COSAT da SES/MT, na qual o CEREST/MT está inserido, são claros ao elencar como prioridade de ação cinco doenças e agravos relacionados ao trabalho. São eles: “acidente de trabalho grave e fatal; acidentes de trabalho com crianças e adolescentes; intoxicações exógenas relacionadas ao trabalho; distúrbios osteomusculares e pneumocomioses relacionados ao trabalho” (MATO GROSSO, 2012a)

Essa diretriz é fortemente difundida no CEREST/MT e foi reforçada nas entrevistas:

Informante H: Para a gente trabalhar, como nós somos uma equipe pequena que lida com saúde do trabalhador no estado, nós tivemos que elencar prioridades, tá? Quando a gente foi trabalhar os agravos que seriam diagnosticados na rede pra servir como índices epidemiológicos pra orientar as ações de vigilância, nós priorizamos os agravos que a rede hoje tem capacidade para diagnosticar e notificar. Sobre saúde mental relacionada ao trabalho (...) a nossa rede não tem capacidade de fazer esse diagnóstico então é uma linha de trabalho que nós tiramos do escopo. A gente trabalha ele? Trabalha! (...) Então assim: nos processos de capacitação a gente aborda o tema não como prioridade como aborda os agravos como distúrbios osteomusculares, e os acidentes e as intoxicações por agrotóxicos, por exemplo, mas a gente aborda no sentido de que eu preciso preparar uma rede pra começar a discutir um problema que eu vou ter que abordar futuramente. É um futuro bem próximo mas que eu vou ter que abordar...

A Programação Anual em Saúde (PAS) da COSAT ao apresentar os indicadores de monitoramento tem como medida de desempenho: “aumentar a quantidade de Notificação de Agravos Relacionados ao Trabalho” e “ampliar a cobertura da Rede de Urgência e Emergência municipal pactuada na Rede Sentinela para Detecção e Diagnóstico” (MATO GROSSO, 2012a). No entanto, essas diretrizes estão voltadas para os cinco agravos prioritários.

Esta priorização claramente assumida, presente nas diretrizes desta programação anual, também se inclui em uma diretriz mais abrangente, quer seja a diretriz 2, que pretende realizar a “promoção da saúde e de ambientes e processos de trabalho saudáveis” (MATO GROSSO, 2012a)

Ao priorizar cinco agravos e excluir outros cinco listados como de notificação compulsória na rede sentinela, e dentre esses excluídos encontram-se os transtornos mentais relacionados ao trabalho, essas diretrizes se apóiam na perspectiva da ação teleológica a qual finalmente Habermas (RIVERA, 1995) chegou na sua taxonomia definitiva, uma vez que está voltada ao mundo objetivo, inclui elementos da dimensão instrumental por se pautar pela extensão de prioridades e fixação de metas padronizadas, isto em um estado de dimensões geográficas, sociais e culturais extremamente distintas, como é Mato Grosso.

Abrange também a ação teleológica na sua dimensão estratégica por ter adotado esta alternativa de priorização de cinco agravos enquanto escolha de fins

para obter êxito de cobertura de notificações entre várias outras alternativas, como por exemplo, trabalhar com todos os agravos da Portaria 104/GM/2011; e na dimensão instrumental por fazer parte de um instrumento de planejamento que é a Programação Anual de Saúde.

Embora não tenham sido disponibilizados para análise os planos de trabalho de anos anteriores a 2011, foi encontrada nos relatórios de gestão dos anos de 2007, 2008 e 2010, a realização de ações isoladas, pontuais e descoladas de uma atenção integral à saúde do trabalhador, voltadas para a saúde mental do trabalhador. Assim sendo, embora se constituam em iniciativas, não se constituem como elementos da ação comunicativa por não serem condizentes com o campo da SMRT, por não produzirem a interação com os pactos sociais de âmbito nacional. Isso porque não refletem as prerrogativas de considerar o reconhecimento de múltiplos determinantes que afetam a saúde mental do trabalhador diante das condições favoráveis que o estado apresenta, e planejar e executar ações também mais abrangentes como preconizam os documentos de nível nacional. Essas ações pontuais não abrangem a integralidade da saúde como apresentado na entrevista:

Informante H: Então assim: hoje a gente pode dizer que transtorno... o adoecimento no trabalho nós trabalhamos ele de forma não posso nem dizer de promoção da saúde porque a gente trabalha ele assim: é na publicização de material, algumas palestras orientando sobre o que acontece, mas eu ainda não trabalho aquela ação efetiva de diagnóstico, tratamento, reabilitação na rede. Ainda não faço isso.

Outro elemento constitutivo da ausência de um processo de entendimento entre os níveis federal e estadual no tocante à SMRT diz respeito ao fato de que embora nas capacitações estaduais seja apresentado o protocolo clínico do transtorno mental relacionado ao trabalho, a sua notificação compulsória determinada pela Portaria GM/104/2011 ocorre com baixa frequência. Isso porque de fato foi constatado um baixo número de notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho (17) no período de 2006 a 2011, a exemplo de outros serviços como constatado por Sato e Bernardo (2005).

Vale destacar que, quando comparado aos dados da previdência disponíveis para consulta pública, foram encontrados 96 afastamentos na espécie auxílio doença

acidentário entre os trabalhadores formais afastados com CID de transtorno mental (BRASIL, 2012) deixando clara a subnotificação desses casos no SINAN que por sua vez significa que esses adoecimentos não têm sido identificados na rede do SUS e nas Unidades Sentinelas que as compõem.

Essa constatação nos leva a crer na dificuldade da rede em trabalhar integralmente “na perspectiva da relação entre os sujeitos e partindo do pressuposto de que, para se compreender a natureza do sofrimento e adoecimento, é preciso transcender a dualidade corpo-mente e cuidar dos sujeitos como uma totalidade” (VALLA *et al*, 2005, pag 92).

A normalização de situações não pactuadas encontra-se expressa na subnotificação de transtornos mentais relacionados ao trabalho, no SINAN e é reconhecida no CEREST/MT:

Informante B: Olha, com relação à saúde mental a gente tem pouca notificação, nós temos nesse período até 2011 umas 5 ou 6 notificações. Assim mesmo, a gente tem dúvida, se aquilo mesmo foi bem... pesquisado. Porque quando a gente fala assim, é, o trabalho, a questão do trabalho é muito forte, mas a gente sabe que hoje em dia, o dia a dia da pessoa também tem uma pressão muito grande. Então aquele transtorno tanto pode estar voltado, ter sido ocasionado pelo trabalho como pode pela pressão social mesmo (...) questão familiar, tem uma série de coisas, então a investigação tem que ser muito bem feita, né para gente poder chegar no diagnóstico (...).

Os participantes explicam essa subnotificação pela via da fragilidade técnica e também pela insuficiência rede SUS como segue na entrevista:

Informante H: Então assim se a gente for verificar na rede do SUS os psiquiatras que a gente tem na rede do SUS (...) é um número pequeno em relação ao ambiente que eles deveriam (...) então nós não temos esse serviço, então por isso que nós tiramos ele como prioridade de fortalecimento da rede de saúde para o diagnóstico, porém, ele é trabalhado com os funcionários da saúde, quando a gente esta aplicando os protocolos clínicos.

Além do número reduzido de notificações, a qualidade dos dados também é questionável e foi identificada com o estudo das fichas de notificação disponibilizadas nas quais foi possível identificar situações de inconsistências bastante importantes. Essas inconsistências se referem ao preenchimento das fichas e dificultam a confiabilidade no sistema: cinco das dezessete fichas de notificação

tinham o campo de diagnóstico em branco, onze o tempo de exposição em branco e quatro não registravam o regime de tratamento.

Contrariando a conduta do Manual foi constatado por meio da análise das fichas de notificação, um distanciamento do CEREST/MT enquanto articulador de política e ações voltadas à saúde mental do trabalhador. Esse distanciamento, por sua vez, interfere na condução da assistência. Isso porque no bloco de registros das fichas de notificação referentes à conduta do serviço que notificou o transtorno mental relacionado ao trabalho (ou seja aqueles serviços que mesmo sem qualquer interferência do nível estadual foram capazes de perceber essa relação), apenas em três situações foram registrado que houve interferência do serviço no sentido de realizar medidas de proteção individual e mudança na organização do trabalho.

No entanto, mesmo tendo registrado que em seis locais de trabalho outros trabalhadores já manifestaram a mesma doença notificada, nenhuma medida de proteção coletiva foi conduzida ou adotada pelas unidades sentinelas ou unidades notificadoras como a “recomendação ao empregador sobre as medidas de proteção e controle a serem adotadas, informando-as aos trabalhadores” como preconiza o manual (BRASIL, 2001, pag 163).

Outra questão que chama a atenção nos dados do SINAN, é que diante delas a vigilância em saúde do trabalhador deveria definir a “lista de agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória e de investigação obrigatória, segundo o perfil epidemiológico e o perfil das atividades econômicas existentes em seu território” (BRASIL, 2001, pag 45).

Nesse sentido, as informações contidas no Boletim Epidemiológico no que se refere à distribuição dos agravos de saúde do trabalhador, nos anos de 2008 e 2009, em Mato Grosso, apresentam os transtornos mentais como o quinto agravo mais notificado, sendo, 0,1% e 0,08%, em 2008 e 2009, respectivamente. Ainda assim, tal agravo não está entre os cinco agravos e doenças prioritárias de intervenção, definidos pelo CEREST/MT, e apresentados na programação anual dos anos de 2011 e 2012 (MATO GROSSO, 2011c; MATO GROSSO, 2012a) e no documento denominado Instrutivo dos Indicadores Monitorados 2012/2013 (MATO GROSSO,

2012b), que segue tendo como medida de desempenho: “Aumentar a Quantidade de Notificação de Agravos Relacionados ao Trabalho: 01. Acidente de Trabalho Grave e Fatal; 02. Acidentes de Trabalho com Crianças e Adolescentes; 03. Intoxicações Exógenas relacionadas ao trabalho; 04. Distúrbios Osteomusculares; 05. Pneumoconioses Relacionadas ao Trabalho” (MATO GROSSO, 2012b) também não aparece prioritária para a ação.

Essa medida confirma o caráter estratégico de seu planejamento que tem por base o cálculo de utilidades econômicas e políticas que supõe a reificação de atores (RIVIERA, 1995) por desconsiderar um processo de entendimento característico do agir comunicativo. Confirma ainda que por um lado os CEREST’s representam uma conquista. Por outro, ao terem dificuldade em se articular com a rede básica de atenção do SUS, têm contribuído muito pouco na direção de investimento na integralidade por se manterem à margem no âmbito da política de saúde (SANTOS e LACAZ, 2011).

Um exemplo dessa dificuldade encontra-se na fragilidade do acompanhamento da qualidade da informação referente ao correto preenchimento dos dados das fichas de notificação inseridas no SINAN que reflitam o correto entendimento da assistência prestada, como alertado na entrevista em relação à notificação de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho no SINAN, como identificado pelo informante E:

Informante E: Transtorno mental, ao todo de 2007 para cá, foram 16 casos, foram poucos, não tem como dizer que isso reflete a realidade, pensando no transtorno mental (...). É difícil você dizer, por exemplo: o cara teve um surto de *stress* em um dia, será que é transtorno mental? Essas são algumas perguntas que a gente precisa fazer. Como eu lido com esses dados? Por exemplo, o que agora a gente está trabalhando? Estamos analisando como é que tem sido a qualidade da informação de alguns campos chaves desses agravos para que a gente possa fazer uma análise da situação que consta, provavelmente transtorno mental não vai entrar no detalhamento desse estudo, porque 16 casos em cinco anos não dá um perfil razoável.

Nos registros locais, foi constatado também baixo número de pactuação entre o CEREST e as unidades de atenção psicossocial para serem unidades sentinelas. Foram identificados apenas seis CAPS pactuados, sendo dois em 2008 (Peixoto de

Azevedo, Guarantã do Norte e Nova Xavantina); três em 2010 (Campo Verde, Primavera do Leste e Tangará da Serra). Isso em um universo de trinta e um CAPS (MATO GROSSO, 2012c). Ora, se o processo comunicativo prevê o entendimento, como afirmar que o entendimento foi viabilizado ou produzido nessas capacitações se somente os CAPS de Guarantã do Norte e Peixoto de Azevedo foram capacitados em 2010, o de Nova Xavantina em 2011 e o CAPS de Colniza em 2012.

Ademais, outro elemento desfavorável à ação comunicativa encontrado nessa atividade, é o número de trabalhadores de saúde capacitados por unidade psicossocial, uma vez que cada CAPS teve apenas um profissional capacitado e, na sua maioria, ele não foi o responsável pelo diagnóstico e notificação, uma vez que, legalmente, o diagnóstico é de responsabilidade médica, em função da hegemonia do modelo médico ainda presente na rede do SUS, embora seja construído em equipe (VALLA e LACERDA, 2005).

O distanciamento da ação comunicativa no CEREST/MT no que se refere a SMRT, encontrada nesses documentos, por um lado expressa a centralização das relações por parte do Ministério da saúde que, embora muitas vezes produza material de qualidade, como é o caso desses documentos analisados não conseguem chegar nos estados por meio de seus serviços. Por outro, apresenta elementos característicos da ação teleológica uma vez que os documentos produzidos em âmbito estadual estão dirigidos ao mundo objetivo, na sua dimensão estratégica reproduz o desejo e intenção do gestor, neste caso representado pelo nível estadual, sem apresentar elementos de interação com outros setores e níveis hierárquicos, inclusive os de representação de trabalhadores.

Por sua vez, esse esvaziamento de elementos da ação comunicativa no campo da SMRT no CEREST/MT, se apresentou, como uma das situações que favorece que no âmbito da saúde mental e da saúde do trabalhador se encontrem processos de “desvalorização” ou desqualificação para o trabalho voltado para o reconhecimento da relação entre saúde mental e trabalho refletido nas ações assistenciais, a exemplo do encontrado por Bernardo e Garbin (2011, pag 108) se referindo à dificuldade de integração entre os serviços especializados nos dois campos: “Assim, a integração entre os serviços também se configura como outra importante dificuldade. A

centralização da saúde mental nos CAPS, e da Saúde do Trabalhador nos CEREST's parece aumentar a distância entre as duas áreas programáticas e dificultar o estabelecimento de ações conjuntas com relação ao adoecimento/sofrimento psíquico relacionado ao trabalho”.

Outro elemento que evidencia a preponderância de um limiar da relação entre saúde mental e trabalho diz respeito à desvalorização da vida laboral (história de vida) por parte dos serviços de saúde, em especial os de saúde mental que não valorizam a vida laboral de seus pacientes (OLIVEIRA *et al*, 2008), confirmado por Bernardo e Garbin (2011, pag 106) de que “a atenção em saúde mental se daria apenas por meio da atenção ‘especialista’ ao ‘indivíduo doente’, sendo deixados de lado aspectos sociais que compõem a complexa trama de fatores que podem desencadear o sofrimento e o adoecimento mental, entre os quais está o trabalho”.

Essa condição da suspeição dos participantes sobre a subnotificação pode ter como causa o desconhecimento da relação entre saúde mental e trabalho e ainda a dificuldade conceitual dos trabalhadores da saúde, e, mais especificamente dos trabalhadores da saúde que lidam com a saúde do trabalhador, em relacionar as condições de trabalho ao adoecimento mental, a exemplo do encontrado entre os trabalhadores e gestores de um CEREST no estado de São Paulo (BERNARDO e GARBIN, 2011).

Ao se apresentarem como serviços especializados os CEREST's realizam ações de apoio diagnóstico e vigilância. Também são canais de articulação com a rede básica de atenção e com outros segmentos e organismos institucionais (SANTOS e LACAZ, 2011). Além disso, os CEREST's têm como atribuição dar suporte técnico científico às intervenções do SUS no que trata da saúde do trabalhador (BRASIL, 2006) e essa condição apesar de frágil é reconhecida pelos participantes como necessária como encontrado:

Informante B: E a gente sabe que existem muitos casos e que no caso a subnotificação é muito grande ainda e é uma coisa que a gente vai ter que trabalhar muito com isso daí, entendeu? nos escritórios regionais, nos municípios e estar abrindo essas notificações a investigação, pelo menos a investigação para chegar onde a gente quer, se pode estar relacionado ao trabalho.

Desta maneira, percebe-se que existe uma lacuna entre o propósito desse serviço e sua efetivação. Por um lado, os CEREST's se apresentam como espaços reconhecidamente dos trabalhadores e representam uma conquista. Por outro, ao terem dificuldade em se articular à rede de atenção do SUS, têm contribuições limitadas na direção de investimento na integralidade por se manterem à margem no âmbito da política de saúde. Essa fragilidade é expressa na centralidade do modelo assistencial individualizado e no baixo investimento nas ações de promoção da saúde, dentre outras (SANTOS e LACAZ, 2011).

Essas limitações podem repercutir na atuação dos CEREST's no que se refere ao reconhecimento da relação entre saúde mental e trabalho pelos trabalhadores do CEREST, já que estes possuem formas e estratégias de ações diversificadas a depender do grau de organização do serviço (GOMEZ, 2011) e da própria forma de gestão e inserção de seus profissionais no serviço de saúde do trabalhador (BERNARDO E GARBIN, 2011).

Os dados do SINAN além de explicitar a fragilidade em torno da atuação no campo da SMRT, chamam a atenção para a interiorização da SMRT. Dos 17 casos notificados, 15 deles ocorreram no interior do estado, onde a especialização psiquiátrica ainda não se faz presente. Esses dados reiteram a afirmação de que esses dois campos da saúde têm em comum “a concepção da saúde como fenômeno social e de interesse público” (BERNARDO E GARBIN, 2011, pag 104).

Por fim, o não dito, aqui compreendido como pertencente a um sistema indireto de entendimento, prevaleceu no folder sobre assédio moral, no sentido de que, a exemplo da exclusão do transtorno mental como agravo de notificação compulsória da *homepage* da COSAT, o CEREST/MT, não foi incluso neste folder como local de denúncia de assédio moral no trabalho, tendo sido citados apenas a “Superintendência Regional de Trabalho e Emprego (SRTE/MT); Órgão de defesa de direitos humanos; Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e Sindicatos de categoria; Ministério Público do Trabalho (MPT) e Procuradoria Regional do Trabalho da 23ª Região”, isso, apesar de ter sido o CEREST/MT o responsável pela elaboração, execução e distribuição do referido folder.

Assim sendo, o estudo dos documentos locais e as entrevistas demonstram que a legitimidade da ação voltada para a SMRT no âmbito do CEREST/MT, pautada pelos pactos sociais pode ser questionada, em detrimento da transformação desses pactos em normas “instituídas pela força normativa das vivências socialmente aceitas e instituídas” (MAIA, 2002, pag 266), logo obrigatórias de serem seguidas na forma das portarias e manuais sem que houvesse a interiorização dos conceitos e dos preceitos neles contidos.

O elemento que indica que a legitimidade do pacto não deu segmento em nível estadual, a exemplo da esfera nacional, pode ser favorecida tanto em função da concepção de SMRT encontrada no CEREST/MT como pelos documentos editados pelo mesmo. Assim ao não atingir a realidade estadual esse pacto deu lugar a normas que por não terem sido pactuadas não se apresentam como legítimas como exigido pelo processo comunicativo.

6.2 PROCESSO DE TRABALHO NO CEREST

O trabalho em saúde pertence à produção não-material que se completa no ato de sua realização (PIRES, 1999). Assume necessariamente a forma de processo porque intencionalmente direciona a energia para a transformação de algo cuja finalidade é atender uma necessidade posta (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Neste sentido, a finalidade do trabalho em saúde se situa no contexto onde o trabalhador esta inserido, promovendo assim uma interação social que incorpora uma complexa gama de necessidades que envolvem o trabalhador de saúde e os usuários do serviço (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A grande característica do processo de trabalho em saúde, então, é a de estar voltado para necessidades. Logo, se realiza intencionalmente objetivando a transformação de uma dada realidade. Para tanto, uma necessidade deve ser identificada e reconhecida. Não é o caso da SMRT, no âmbito do CEREST/MT.

A Portaria 1679/2002, além de ter criado a RENAST criou também os CEREST's. Estes foram denominados inicialmente como CRST. A partir dessa portaria a proposta para estes Centros é que eles deveriam desempenhar um papel na execução, organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os 17 problemas e agravos à saúde apresentados como mais recorrentes. Dentre esses, encontram-se os transtornos mentais condicionados pelas relações de trabalho (BRASIL, 2002).

Em Mato Grosso o CEREST/MT possui abrangência estadual e é formalmente reconhecido como “responsável por dar suporte aos municípios que compõem suas abrangências assumindo a retaguarda técnica e se tornando um Pólo Irradiador de ações e experiências de Vigilância em Saúde, de caráter Sanitário e base Epidemiológica” (MATO GROSSO, 2011b).

Fisicamente o prédio do CEREST/MT abriga a Coordenadoria de saúde do Trabalhador (COSAT), com suas duas gerências em salas distintas, qual seja: a própria gerência do CEREST/MT que tem sob sua responsabilidade, os seguintes

serviços: apoio matricial, educação continuada, estudos e pesquisas, Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), referência de atenção e análise de informação; e a gerência de Vigilância, que é responsável pela aplicação e avaliação, regulação e fiscalização e análise de informação (MATO GROSSO, 2012a). Toda essa estrutura institucional e organizacional está articulada à Superintendência de Vigilância em Saúde da SES/MT (SVS/SES/MT) conforme figura 1.

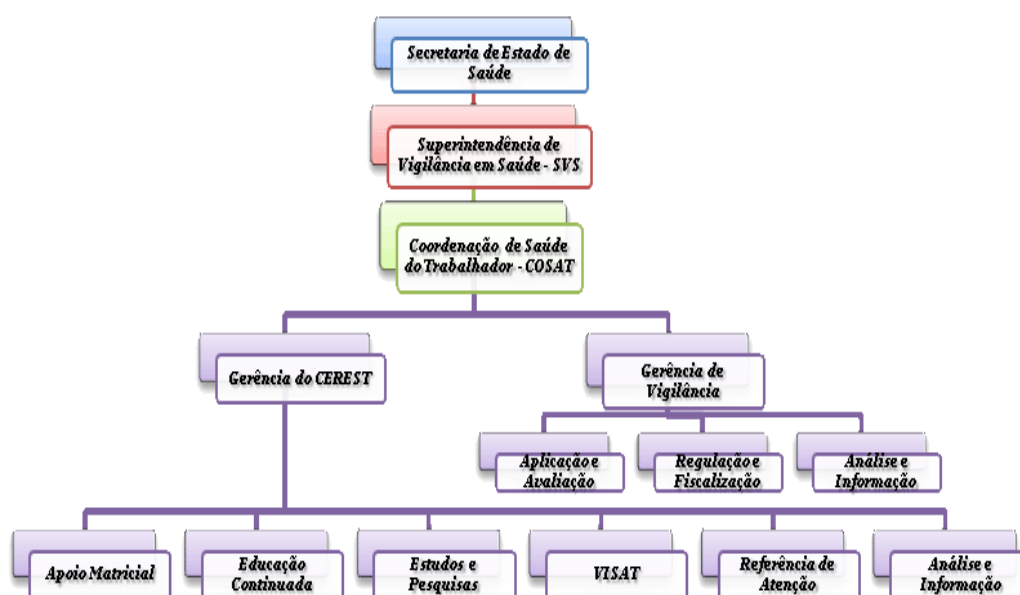


Figura 1: Organograma e serviços da saúde do trabalhador da SES/MT.
Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br/cosat>>

A missão da COSAT é “a implantação e implementação das políticas de proteção à saúde dos trabalhadores, visando à redução e eliminação dos riscos de acidente, do adoecimento e morte resultante das condições, dos processos e dos ambientes de trabalho” (MATO GROSSO, 2011b).

No período de observação, foi possível identificar entre os técnicos e gestores um entendimento que não diferencia a competência do CEREST/MT e da COSAT. Situação presente também na identificação da unidade, pois apesar do letreiro de tamanho razoável, na fachada do prédio, a sua identificação é feita apenas pela caracterização da unidade como CEREST/MT, e este pertencente à RENAST, como mostra a figura 2.



Figura2: Imagem frontal do CEREST/MT. Arquivos pessoais. 2012.

Para os técnicos e gestores há predominância no entendimento de que embora exista a estrutura institucional de uma coordenadoria composta por duas gerências: a de Vigilância em Saúde e a do CEREST, quando se trata de identificação com as ações, à exceção de um gestor, os outros entrevistados da pesquisa se identificam como trabalhadores do CEREST/MT e atribuem à COSAT apenas a dimensão institucional burocratizada, independente de em que gerência estejam lotados.

Um elemento significativo do processo de trabalho em saúde mental e trabalho, perpassa pelas condições de trabalho, pela comunicação interna e pela comunicação que reflete a capacidade de articulação do CEREST/MT a rede do SUS, a justiça do trabalho, a previdência social, as representações civis de trabalhadores e de outras instâncias e entidades de proteção e direitos de trabalhadores.

Um dos elementos que contribuem significativamente para que haja condições adequadas de trabalho é a instalação física da unidade. Na observação do dia 16/04/2012 foi constatado que o CEREST/MT tem seu jardim cheio de mato e com acúmulo de lixo trazido pelo vento da rua com alto tráfego de veículos. Na

varanda, no muro e nas paredes internas e externas há muita infiltração o que possibilita que haja acúmulo de lodo nas paredes. A tinta do teto está soltando e junto com as cascas de tinta encontram-se algumas teias de aranha. Existe janela com o vidro quebrado. No teto da recepção resta fita adesiva grudada e a persiana da porta principal está quebrada. A porta apesar de grande emperra para abrir. A cozinha tem utensílios quebrados e o piso é encerado. Saindo pela cozinha tem-se acesso à sala de reuniões que apesar de ampla tem vários pilares que dificultam a comunicação; ao almoxarifado; ao banheiro masculino e a um espaço que não conheci e que abriga uma associação. A sala da gerência do CEREST/MT fica no meio do edifício e a sala do coordenador tem seu acesso pela sala da gerência. O núcleo financeiro fica na mesma posição da sala da gerência e possibilita acesso ao banheiro feminino que é amplo e iluminado naturalmente, bastante limpo e organizado com cartaz de recomendação de manutenção de limpeza. O CEREST/MT tem seu acesso pelo núcleo financeiro.

O contato com o usuário do SUS não foi visualizado. No entanto, foram constatadas duas situações que parecem desfavorecer o acesso dele ao CEREST/MT. A primeira diz respeito à condição física. Embora localizado na região central da capital, Cuiabá, o prédio fica recuado e a rua é de trânsito rápido, o que dificulta a identificação da unidade. O acesso de pedestres e veículos é realizado livremente apenas pelo portão da garagem. A outra situação é a desativação do serviço de acolhimento em função da demissão da médica que não era servidora efetiva da SES/MT. Assim a sala de acolhimento fica fechada apesar da identificação na porta. Com esta observação podemos concluir que a identificação da unidade pode dificultar o acesso do usuário ao serviço, inclusive para as ações de acolhimento.

A relação interna entre os trabalhadores e entre esses e as chefias é marcada pela centralização da gestão, e em um processo comunicativo individualizado e personificado, além de fragmentado. No decorrer do período de observação a prática de comunicação entre a chefia e os técnicos, por meio de bilhetes, foi presenciada por várias vezes, em detrimento de práticas dialógicas (observação 26/04/2012).

A organização das pastas de documentos na rede *intranet* foi feita pelo gestor e na fala do informante A esta organização parece não fazer sentido aos técnicos e é entendida como “burocracia e que jamais lerá tudo” (informante A).

Além disso, é comum a chefia se dirigir individualmente em voz muito baixa a um técnico especificamente para que este realize determinada tarefa, ou que o chame para sua sala para lhe comunicar alguma decisão como constatado na observação de 07/05/2012 quando um dos gestores entrou e chamou as técnicas que levantaram e fizeram menção de que levariam bronca. Uma das técnicas fez gestos de chicotadas e cantou música fazendo alusão a trabalho escravo.

Por outro lado, essa situação ilustrou que as decisões parecem não ser problematizadas e discutidas entre técnicos e gestores; e entre os próprios técnicos, como requer a ação comunicativa na busca do entendimento, uma vez que as técnicas retornaram da conversa com o gestor demonstrando entre si demonstraram descontentamento porque farão acolhimento. Disseram que

estão sobrecarregadas e que muitas pessoas estão desocupadas. Uma delas falou de sua viagem para capacitação e de sua participação em quatro comissões além de fazer dois cursos a distância. Disse que para dar conta precisou dos dias de feriado para colocar as atividades dos cursos em dia. Criticaram outro colega por acreditarem que ele aceita tudo o que vem da chefia. Criticaram a chefia imediata que faz tudo o que o gestor quer (informantes C e I).

Ainda com relação às condições de trabalho, e a interferência deste na saúde mental referida pelos participantes, a informante C se mostrava mexida com uma situação constatada em um município no qual havia ido para ministrar a capacitação sobre protocolo clínico sem que houvesse, na sua concepção, envolvimento do gestor para dar seguimento à situação que ela havia identificado e descreveu a sua condução da seguinte maneira:

Informante C: Primeiro foi a orientação de que algumas coisas realmente eram fáceis de estar resolvendo. Segundo a gente conversou com a responsável pelo escritório regional, e os outros encaminhamentos nós fizemos aqui para o coordenador do CEREST logo que nós chegamos através do relatório e que poderia ter feito algumas ações, mas aí eu já não sei se deu, se realmente teve continuidade. Mas foi repassado o problema da regional (...), das indústrias, dos profissionais, da instabilidade, não sei dos profissionais (...) e eu acredito que não seja apenas naquela regional, mas um problema realmente de todos os municípios daqui do estado.

Ao ser indagada em relação ao sentimento que essa condução despertou na mesma, ela acrescentou:

Informante C: Eu vim extremamente angustiada porque na realidade você vê enquanto processo de trabalho que as pessoas realmente são obrigadas a ir trabalhar doentes, com falta às vezes até de uma base, de uma estrutura a nível de que realmente precisam do emprego e pela instabilidade do contrato realmente tem que cumprir é bem angustiante. E assim, a gente acredita que só através do concurso público, da efetivação desses profissionais que seria uma forma de diminuir bastante essa que eu poderia chamar de, imposição pelo, pelo município, pelos prefeitos, pelos secretários.

Esse sentimento relatado pela informante C, em sua opinião, derivava da expectativa de resolubilidade que no âmbito institucional não foi satisfeita:

Informante C: Eu esperava que a gente entrasse em contato com o Ministério Público, para que vindo daqui a gente fizesse o encaminhamento pro Ministério Público daquele regional e que algumas ações fossem, fossem tomadas principalmente em nível de regional, porque é uma regional parece que bem forte assim e que algumas medidas em nível de ações fossem mudadas através disso.

Por outro lado, exemplifica uma prática de reconhecimento da efetivação de direitos que se mostra comum entre usuários da saúde que é reconhecida pela expressão judicialização, e que ora parece ser desejável também internamente no âmbito das instituições e que reflete a pouca efetividade dos serviços. Nesse caso, além da pouca efetividade técnica reflete a inexpressiva efetividade política no campo da gestão, apontando para a fragilidade da intersetorialidade na gestão, já que esta pode ser entendida como um processo específico entre setores diferentes, que trabalham orientados por objetivos e desenvolvendo estratégias específicas na aplicação de recursos próprios, porém, que repercute nas ações, nas estratégias e na aplicação de recursos de outro setor (NOBRE, 2003).

A fragilidade das ações intersetoriais do CEREST/MT pode ser um reflexo da fragilidade intersetorial na ST em geral; e, é percebida como um dos desafios a ser enfrentado no sentido de que, é necessário pensar ações intersetoriais que possam dar sentido de política social à saúde do trabalhador. Por sua vez isso implica na transversalidade da categoria trabalho, na transetorialidade entre as estruturas estatais e na transposição dos limites do SUS (VASCONCELLOS e MACHADO, 2011).

Embora a ST, enquanto campo técnico e político se estabeleça no SUS, sua constituição compreende e depende de várias outras dimensões e áreas, assim, ela não se encerra na área da saúde, e, dessa maneira, tanto depende quanto se articula com outros campos de conhecimento e setores sociais (VASCONCELLOS e MACHADO, 2011). Por sua vez, essa tem sido a grande dificuldade da área e daí nasce a crítica atual quanto a sua constituição enquanto política pública e enquanto campo, haja vista fragilidades conceituais relacionadas ao reconhecimento da centralidade do trabalho que permitam à saúde do trabalhador avançar em direção à intersetorialidade e integralidade necessárias ao campo (VASCONCELLOS e PIGNATI, 2006; GOMEZ, 2011).

A comunicação com outros órgãos e instituições governamentais é realizada principalmente pela participação em fóruns e comissões como o Fórum Estadual de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil em Mato Grosso (FEPETI/MT) uma iniciativa da Superintendência Regional do Trabalho e Emprego em Mato Grosso (SRTE/MT), Comissão de Combate ao Trabalho Escravo, conduzido pelo MTE e na Comissão Estadual Interinstitucional de Saúde do Trabalhador (CEIST), conduzido pelo próprio CEREST e que possibilita a vinculação do CEREST/MT com organismos da saúde, da previdência social, do MTE, da UFMT e de órgãos de representação de trabalhadores como os sindicatos e associações.

No âmbito do SUS, foi possível identificar que o CEREST/MT mantém vínculo com os ERS para planejamento mensal das ações de saúde do trabalhador. Esta relação é realizada pela internet ou telefone. Mantém um vínculo forte com a SVS/SES/MT à qual está subordinada. Quanto a comunicação com outros CEREST's não foi constatado nenhum movimento de maior proximidade. Situação que se mantém com a Escola de Saúde Pública de MT (ESP/MT) mesmo nos processos de capacitação que são conduzidos pelo CEREST/MT, e são certificados pela ESP/MT.

Quanto à comunicação coletiva interna do CEREST/MT, nos poucos momentos presenciados, a acomodação foi feita em local impróprio e desconfortável, de modo que atrapalhou a comunicação entre os presentes e a condução foi diretiva a cada técnico no momento oportuno (observação 08/03/2012).

Ao olharmos para o processo de trabalho do CEREST/MT não foi possível identificar uma ação intencional, produzida interativamente permeada por processos de negociação e entendimento que levem ao desenvolvimento de ações voltadas para o reconhecimento e valorização dos efeitos do trabalho sobre a saúde mental do trabalhador. O que se identificam são ações casuais, desconexas da própria produção da saúde e dos trabalhadores do CEREST/MT como percebido no fato destes não estabelecerem sentido ao que realizam, como, por exemplo, pela não articulação das ações de combate ao trabalho infantil como trabalho precário e fonte de doença mental; por não reconhecerem as ações educativas alusivas a datas comemorativas do calendário da Saúde do Trabalhador como de SMRT, demonstrando dificuldade em reconhecer a integralidade das ações.

A interação social como parte do processo comunicativo em saúde está fragilizado no âmbito do CEREST/MT. Duas situações podem contribuir para isso. A primeira pode se encerrar no processo individualizado de gestão, como por exemplo, na relação de chefias e servidores por meio de bilhetes (observação 26/04/2012), ou ainda no fato de o chefe se dirigir, individualmente, a um técnico para realizar determinada tarefa (observação 17 e 18/04/2012).

Outro elemento bastante desfavorável ao processo comunicativo é a estrutura física tanto com relação a sua preservação quanto na divisão interna do espaço. Na realização de situações coletivas de discussão (observação 08/03/2012), a integração foi desfavorecida devido à acomodação das pessoas que minimamente não podiam interagir. Estranhei o fato das pessoas estarem mal acomodadas e naquele lugar, já que no CEREST/MT há uma sala ampla de reunião. Dessa maneira, as pessoas não conseguiam ver o que estava sendo projetado na tela e o gestor também não conseguia olhar para todos os presentes enquanto apresentava o planejamento. Ou seja, qualquer fala com quem estava fora da roda era feita sem que se olhassem. Ou mais, sem que se vissem. As pessoas chegavam e saíam cada uma a seu ritmo.

Outra situação constatada e que ilustra a fragilidade da comunicação é que, apesar do intenso contato físico entre os trabalhadores (observação 08/03/2012) as relações estão voltadas para a resolução de questões pontuais como observado em uma situação onde um técnico chamou o gestor e outro técnico, para redefinirem

alguns dados de cobertura de Unidades Sentinelas, de maneira que, por meio do mapa pudessem identificar qual a regional que necessitava de mais atenção por não ter unidade pactuada. Ficaram por uns 15 minutos discutindo e fazendo alterações até gostarem do resultado e do efeito. Após isso o grupo se dispersou sem que outros integrantes fossem chamados para a discussão.

A falta de comunicação ou uma comunicação prejudicada foi encontrada ainda no próprio entendimento dos técnicos e gestores sobre as atribuições do CEREST/MT e da COSAT, já que duas posições foram encontradas. Uma de que não há divisão de papéis entre COSAT e CEREST/MT e que todos trabalham no CEREST/MT e outra contrária de que há divisão de papéis e atribuições. No entanto, houve predominância no entendimento de que, embora exista a estrutura institucional de uma coordenadoria composta por duas gerências: a de Vigilância em Saúde e a do CEREST/MT, quando se trata de identificação com as ações, à exceção de um gestor, os outros participantes da pesquisa se identificam como trabalhadores do CEREST/MT e atribuem à COSAT apenas a dimensão institucional burocratizada, independente de em qual gerência estejam lotados.

Esta identificação de pertencimento ao CEREST/MT foi expressa, por exemplo, no momento da realização das entrevistas. Isso porque, metodologicamente, havia a delimitação de realização de entrevistas com os técnicos do CEREST/MT e no campo percebi a intersecção entre as duas gerências, como seguem os dados de observação realizada no dia 27/04/2012 quando conversei ainda diante da curiosidade do grupo sobre quem seria entrevistado em função da limitação metodológica de realizar as entrevistas com aqueles que eram lotados no CEREST/MT.

Dois informantes sugeriram incluir todos os servidores da Vigilância como sendo do CEREST/MT, já que entendem que a divisão no organograma é somente para fins administrativos, mas que ali (se referiam à estrutura institucional e organizacional) todos se identificam como sendo do CEREST/MT e não como da COSAT, divididos em gerência do CEREST ou da Vigilância. A técnica me disse que seu colega, por exemplo, está lotado na gerência de vigilância, mas, que faz ações do CEREST e por isso ocupa o espaço físico identificado como dessa gerência. Entendi nesse momento que embora com uma estrutura da

COSAT a figura política e status de CEREST/MT predominava entre eles (informantes C e F).

Na observação realizada no dia 08/03/2012, em conversa com uma das técnicas sobre a estrutura organizacional da COSAT ela confirmou a orientação institucional do gestor. Disse que “na sala em que se instalava e na paralela, além da sala da frente, ocupada por um dos gestores se concentravam mais as ações do CEREST/MT e na sala ao lado aconteciam as ações de vigilância em saúde do trabalhador, mas, que trabalhavam juntos com muita integração (Informante C).

A interação necessária ao processo comunicativo, também abrange outras instâncias e entidades, uma vez que o entendimento se constrói a partir dessas bases e do envolvimento entre os interessados. Vale destacar que a relação do CEREST/MT interna e externamente está fragilizada.

Essa condição de fragilidade nas relações não está afeita somente aos técnicos, mas também entre os gestores, e pode ser constatada logo no primeiro momento de observação (08/03/2012), no contato com um dos gestores, ele argumentou que só fazem capacitação de protocolos clínicos, e como um deles é de transtorno mental então se limitam a essa ação. Por outro lado se lembrou que o nível central deu a eles uma capacitação, mas não sabia identificar o setor da SES e prosseguiu dizendo que o objetivo era trabalhar juntos, mas que não deu certo.

Esse mesmo gestor em conversa com um colega de trabalho de outro setor da SES emitia opiniões e percepções sobre o que faziam tecendo críticas a outros setores e servidores da SES no sentido de que trabalham muito e outros setores aparecem como executores (observação 06/03/2012).

Por sua vez, a inexistência de um processo de trabalho que valoriza a comunicação e o entendimento emperra o cumprimento da atribuição do CEREST/MT de realizar atividades que possuem a obrigatoriedade de “estar articuladas com os demais serviços e a rede do SUS e outros setores do governo que possuem interface com a Saúde do Trabalhador” traduzida pela “função de inteligência, acompanhamento e práticas conjuntas de intervenção especializada” (MATO GROSSO, 2011b).

Em uma única reunião presenciada nesse período, Um dos informantes “criticou os CEREST’s regionais no sentido de que desconhecem suas funções no âmbito municipal o qual deve orientar as ações desses CEREST. E que essa não é responsabilidade do CEREST/MT” (informante H).

Um informante apresentou uma crítica à maneira como se articulam a outros setores como o INSS e MTE:

(...) integração entre o INSS, o Ministério do Trabalho e a saúde deveria ser institucionalizada. Infelizmente não é assim que funciona. Disse que fica tudo na base da amizade e que quando alguém é transferido toda a relação também se perde. Citou dois exemplos. Um da assistente social do INSS e outro de um procurador do trabalho. Falou do SINAN como a promessa de conseguir registrar todos os acidentes do trabalho para além da CAT, mas esclareceu que hoje não é assim (Informante D).

Por outro lado, também foi constatado o contrário a esse pensamento. Observei que no mural havia um *email* da assistente social do INSS referida pelo informante D, como a pessoa que fazia a ponte para a interação entre as instituições de saúde do trabalhador. Neste, havia um *link* para acesso a consulta sobre o tempo de afastamento para doenças ocupacionais. Fato que ninguém soube informar de que se tratava (observação 17/04/2012).

Uma técnica que representa o CEREST/MT, junto à OIT, no desenvolvimento de ações, avalia haver um distanciamento entre a ação da OIT e o cotidiano das ações do CEREST. Vai além, em sua crítica, ao reiterar que “estavam ficando de fora de qualquer atividade que envolvia o MTE e a OIT. Citou como exemplo o fato de não comporem o grupo de organização da 1ª Conferencia Estadual de Saúde do trabalhador e ainda de, atualmente, estarem distantes das ações para erradicação do trabalho infantil para a Copa do Mundo de 2014 (observação 24/04/2012). Quanto a sua participação no FEPETI como representante do CEREST/MT “disse que embora participem desse fórum, encontram-se com problemas de representatividade” (Informante C).

Prosseguiu dizendo sua percepção sobre a relação da saúde mental com o trabalho: “criticou o fato de que embora as intoxicações possam provocar alterações mentais essas não são reconhecidas. Na prática o que ocorre é que quando o cara (se

referindo ao trabalhador) fica doído o que fazem (saúde) é jogar ele no Aduito que é o Hospital Psiquiátrico estadual (Informante D).

A falta de envolvimento com o campo da SMRT foi constatada durante a reunião do CEREST/MT por uma técnica que também é responsável pela capacitação dos protocolos clínicos, momento único para todos de ação de SMRT e que

disse que gosta muito do tema de SMRT. Referiu que tem livros ótimos. Ao ser indagada de que livros tratavam ela não se lembrou do nome da obra e nem do autor. Disse que me mostrará outro dia e que está mais ausente porque representa o CEREST/MT no Planejamento estratégico da SES (Informante C).

O Plano de Trabalho Mensal (PTM) afixado no mural encontrava-se sem data definida para a realização da mobilização sobre assédio moral no trabalho, e no período que antecedeu sua realização não foi constatado qualquer processo de organização coletiva (observação 12/03/2012). Ainda sobre a organização desse evento tem-se: o gestor responsável pela atividade pediu para que eu falasse sobre assédio moral em evento que seria realizado em 03/05/2012 no Parque *Okamura* porque não conhecia ninguém que pudesse fazer essa discussão (observação 16/04/2012).

Na sua realização o esvaziamento da atividade confirmou o pouco envolvimento e esforço para sua realização bem como a falta de articulação para um evento que se propunha a ser de mobilização, já que quando cheguei no local do evento (super agradável) já estavam quatro técnicos do CEREST/MT. Havia uma confusão sobre o cancelamento do evento ou sua transferência de local que parecia ser em função de outra atividade paralela. Um deles, saiu em defesa do evento. Poucas pessoas chegavam (mais da Secretaria de Meio Ambiente que pareceu ser parceira). Estava ainda um sindicalista de comunicação e duas servidoras da SES lotadas na ouvidoria setorial que criticaram a pouca divulgação de um evento que consideravam tão importante (observação 03/05/2012).

A outra situação relacionada à saúde mental e trabalho presenciada, foi a participação dos técnicos em uma vídeo conferência sobre a precarização no trabalho. Dias antes da realização uma técnica falava com entusiasmo sobre essa

atividade sendo que no dia de sua realização o que de fato ocorreu foi uma dificuldade imensa em conseguir a conectividade em função da disponibilização do sinal para o CEREST/MT por parte da SES. Depois de inúmeras tentativas de estabelecer a conectividade com o *link* da videoconferência, o técnico responsável pela conectividade, por volta de 09:30min, conseguiu estabelecer a conectividade. Em SP já era 10:30min. O tema era precarização no trabalho. A técnica que mobilizou o grupo para a atividade correu para preparar pipoca e em clima de descontração o gestor presente e outros três técnicos passaram a acompanhar a fala. A conectividade era ruim e entre uma e outra bocada de pipoca falavam sobre o que ouviam mal e discutiam entre si. Logo em seguida a fala principal da videoconferência se encerrou e sem participar do debate que iria começar após o lanche do evento, o grupo se desfez sem avançar na discussão do tema (observação 16/03/2012).

No que trata da percepção dos técnicos sobre os dados de transtorno mental e trabalho há uma centralidade em torno do número de casos sobre esse agravo no SINAN. Um dos responsáveis pela análise da informação ao mostrar esses registros, relatou:

O maior número de casos de transtorno mental relacionado ao trabalho é de um CAPS localizado em Nova Xavantina. Do total de casos do estado, que é dezesseis; nove são de lá entre os anos de 2007 e 2011. Diante desses dados forçava para que eu me concentrasse nos trabalhadores, embora eu deixasse claro que não era esse o foco. Concluiu dizendo: só quero dizer que esse número de casos não significa nada (Informante E 16/04/2012).

Por sua vez, outro informante mostrou mapas feitos sobre os dados do SINAN como segue observação dessa situação: Como vi alguns identificados como transtorno mental, pedi para vê-los. Nestes mapas estavam plotados os números retirados do SINAN. Conversamos sobre a baixa frequência e o alto potencial para o desenvolvimento de transtorno mental relacionado ao trabalho no estado diante do interesse que o mesmo demonstrou pela realização de minha investigação. Copiou os mapas para mim, depois de conferi-lo, e se mostrou surpreso por tê-lo feito. Disse: “ué? Porque está aqui? Deixa eu ver se esse é o lugar dele mesmo” (Informante G).

O fato da ausência do profissional médico ser um fator impeditivo para a continuidade de um serviço de larga importância, também demonstra a fragilidade na concepção de SMRT e se estende a todas as outras ações. Vale dizer que o acolhimento é um processo de cuidado afeto a todos os saberes e formações já que alguns problemas de saúde são muito complexos para serem curados, todavia são passíveis de serem cuidados (VASCONCELOS, 1998) e o acolhimento pode ser um ato de cuidado realizado no CEREST/MT.

Essas situações ilustram por um lado, que os trabalhadores do CEREST/MT se inserem de maneira individual no processo de trabalho e há pouca interação no processo de gestão, demonstrando pessoalidade e personificação nas ações e centralização da gestão. Demonstram ainda, que o acompanhamento às unidades notificadoras é precário e que os dados do SINAN não serviram como instrumento de planejamento de ações de SMRT e para sua inclusão como agravo de intervenção prioritária. Por outro lado, embora a importância da SMRT fosse constatada no discurso de técnicos e gestores a SMRT é abordada de forma incipiente e marginal.

6.3 A SUBJETIVIDADE DA AÇÃO INSTITUCIONAL: CONCEPÇÕES PESSOAIS SOBRE SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Os prejuízos da ausência da ação comunicativa voltada para a saúde mental do trabalhador, no âmbito do CEREST/MT, iniciam com a identificação de uma fragilidade conceitual entre os trabalhadores e gestores do CEREST/MT que repercute ainda na subnotificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho e nas ações que chegam ou deixam de chegar ao usuário do SUS.

Com efeito, esses prejuízos podem ser entendidos como uma falha no processo de interação e pactuação da norma, entre os níveis federal e estadual, que institucionalmente não alcançou a plenitude dos processos de negociação, onde o envolvimento é indispensável, e dessa maneira os documentos produzidos, embora reflitam elementos da ação comunicativa, ao não alcançar sua descentralização se petrificam em normas que não são legítimas por não terem sido pactuadas.

Partindo-se da premissa que a multideterminação social do processo saúde-doença e da relação saúde-doença mental composta por “fenômenos complexos que conjugam fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais” (UCHOA e VIDAL, 1994, p 497) fundamentam a discussão acerca do entendimento sobre a relação saúde mental e trabalho, tem-se que as concepções encontradas neste trabalho refletem as concepções dos participantes acerca dessas classificações. Para tanto, tomamos por referência o conceito de concepção usado por Borges (1999) como sendo “o pensamento elaborado e articulado” constituído culturalmente; dessa maneira, composto por símbolos e significados que por sua vez possibilita a interpretação da experiência e condução das ações dos indivíduos de um grupo (GEERTZ, 1973). Por isso, ao mesmo tempo em que as concepções “são apropriadas por muitas pessoas, mesclam-se de conteúdos abertamente declarados e de conteúdos implícitos” (BORGES, 1999, pag 82).

Vale dizer que à luz dessa definição as concepções “resultam de um processo de criação histórica, no qual o desenvolvimento e propagação de cada um são concomitantes à evolução dos modos e relações de produção, da organização da sociedade como um todo e das formas de conhecimento humano” (BORGES, 1999, pag 82).

Logo, trabalho e saúde mental são identificados como dois temas distintos na análise das entrevistas e da observação.

Dessa maneira, as concepções acerca de trabalho e saúde mental encontradas nas entrevistas, compõem a concepção do terceiro tema de análise que é SMRT. Por sua vez, este é considerado central neste trabalho porque possibilita uma compreensão ampliada da relação saúde mental e trabalho, já que se apresenta como um campo de conhecimento e de práticas que agrega as dimensões biológicas, sócio-econômicas e culturais de saúde mental na sua relação com o trabalho.

A concepção de SMRT é também o elemento indispensável no processo de trabalho voltado para o reconhecimento da relação entre saúde mental e trabalho, pois é a partir dessa concepção que serão orientadas as ações desse campo.

Vale destacar que as concepções foram categorizadas a partir da sistematização das falas dos sujeitos em trabalho como base material, saúde mental e mercado de trabalho e de saúde e ainda em SMRT: perspectivas integradoras e contraditórias.

6.3.1 Trabalho como base material

No que se refere à concepção de trabalho, foram encontradas variações entre os participantes, sem que houvesse uma hegemonia que pudesse ser reconhecida como central no trabalho institucionalizado que norteasse as ações do CEREST/MT. Cinco expressões distintas puderam ser identificadas nas respostas dos entrevistados à primeira pergunta realizada: qual sua concepção sobre trabalho? As expressões identificadas foram: trabalho como sustento, concepção moral de trabalho, trabalho como mercadoria, como benefício, e uma concepção social de trabalho.

As expressões identificadas como as mais frequentes nas entrevistas são: a concepção de trabalho como sustento, como mercadoria e a concepção social de trabalho. As expressões de concepção de trabalho como moral e como benefício, tiveram uma única citação.

Com efeito, a identificação do trabalho relacionado ao sustento prevaleceu nas respostas, como segue:

Informante A: Trabalho é o ganha pão e todo mundo tem que ter o seu.

Informante B: Trabalho é toda e qualquer ação ou atividade que você desenvolve para adquirir o sustento para você e para sua família.

Informante E: Trabalho é aquilo que você consegue fazer para você adquirir uma forma de você sobreviver.

A expressão que coloca o trabalho na perspectiva da moral trouxe um novo elemento que é o da aquisição de bens e consumo, entendido pela entrevistada, como elemento de dignidade, uma vez que o trabalho está relacionado ao sustento e à realização pessoal em função de condições financeiras para a compra de coisas e bens materiais:

Informante C: É uma coisa boa, que dignifica eu acredito todo mundo, é aquela que dignifica o homem porque é aquela que te dá o seu sustento. Possibilita você fazer as atividades ou pessoais ou da sua família.

A terceira expressão encontrada destacou a relação de troca introduzindo uma concepção de trabalho relacionado ao mercado:

Informante E: Trabalho é a relação de venda de um tempo, empréstimo de uma atividade em troca de um benefício monetário ou não monetário, ou um benefício diverso do monetário, mas é sempre em função de uma troca entre pessoas ou entre empresas de uma força laboral, de uma força intelectual, de uma força mecânica, braçal, uma força, ou seja, qualquer forma de força já está sendo uma atividade física ou intelectual, ou algo então nesse sentido.

Informante H: Tudo aquilo que a gente desenvolve visando atingir um retorno seja financeiro, ou seja, serviço. É tudo aquilo que eu faço ou que desenvolvo na intenção de obter um produto, um serviço ou um retorno financeiro.

O informante D apresentou um conceito de trabalho que mais se aproximou do conceito marxista ou com alguma margem de orientação ideológica, compondo assim a quarta expressão distinta acerca de trabalho como benefício:

Informante D: Toda atividade que modifica a natureza com a finalidade de beneficiar o homem.

A ideia de trabalho como integrador também apareceu nas respostas de dois entrevistados, como segue nas entrevistas dos informantes G e I, formando a quinta expressão sobre a concepção de trabalho caracterizada por sua dimensão social:

Informante G: Eu acho que é mais uma integração, acima de todas as tarefas diárias e técnicas. É mais uma integração.

Na resposta do informante I, embora prevalecesse a ideia de trabalho como integração, houve de maneira única a menção da relação trabalho e saúde, e, mais especificamente da saúde mental:

Informante I: O trabalho é um ambiente onde tem a integração, interação social do indivíduo, e ele está atrelado à Saúde Mental. Não consigo desvincular essa relação, uma vez que no trabalho é desencadeado o processo saúde-doença do indivíduo. Se o ambiente de trabalho te favorece e te dá condições dignas de trabalho a tua saúde mental vai bem.

Nas diversas falas não foi encontrada uma concepção homogênea de trabalho, mas diversas concepções. Essas vão desde a ideia de trabalho como sustento, uso de

conhecimento, modificação da natureza em favor do homem, promotor de integração até desencadeador do processo saúde doença, prevalecendo, porém, a concepção de trabalho como base material necessária ao sustento e aquisição material.

Ao ocupar todas essas posições, as concepções encontradas, no conjunto, correspondem à ideia de que o trabalho continua ocupando lugar central na vida humana. Seja pela via emancipadora do trabalho, que provoca uma elevada centralidade do trabalho na vida das pessoas e dessa maneira reflete a própria expressividade e autoconstrução do ser humano, ou pela relação de mercado onde o trabalho possibilita a manutenção das relações de mercado cujo principal valor do trabalho é a sua instrumentalidade para o sucesso econômico (BORGES, 1999).

Ainda que as respostas levem ao entendimento de que o trabalho é o elemento central da vida humana, ao prevalecer a ideia de trabalho como base material, esta ideia nos remete a trabalho como elemento mercantil, necessário para adquirir objetos de bens e consumo. Esta perspectiva prevaleceu também no fragmento que compreende o trabalho pela via da sua dimensão moral. Isso porque, ao elegê-lo como expressão da dignidade, o fez não pela via da moral enquanto um conjunto de normas e valores que regulam as relações dos indivíduos em sociedade (MAIDANA, 2005), mas como mercadoria num vínculo estreito com o consumo, sendo o trabalho provedor de salários (BORGES, 1999) questão que também fundamentou a ideia de trabalho como troca.

A compreensão do trabalho como mercadoria se opõe à característica essencial do trabalho encontrada na sua dimensão social, qual seja, a de promover a relação entre os homens e dessa maneira produzir condições de emancipação humana como possibilidade de o trabalhador enquanto sujeito saber-se de si.

Do ponto de vista das relações sociais, a concepção de trabalho integrador nos remete à característica comunicativa do trabalho que, por sua vez, pressupõe justamente uma ação pactuada nas relações intersubjetivas (SCHARAIBER *et al*, 1999) o que pressupõe a realização do sentido do trabalho que está relacionado ao próprio sentido da vida superando seu caráter alienante (MAIDANA, 2005).

6.3.2 Saúde Mental e mercado de trabalho e de “saúde”

Quanto às concepções de saúde mental encontradas, essas também não refletem uma concepção única institucionalizada, uma vez que puderam ser distintas fragmentos nas respostas à pergunta: Qual sua concepção sobre saúde mental?

Os fragmentos acerca da concepção de saúde mental identificadas foram: saúde mental enquanto bem estar ou equilíbrio, alteração de comportamento, que altera a capacidade produtiva, doença mental e por fim uma concepção de saúde coletiva.

A primeira expressão encontrada relaciona saúde mental com bem estar e com equilíbrio na vida, como segue:

Informante A: “Bem estar psicológico”.

Informante E: Saúde mental quer dizer a própria mente humana ainda é boa.

Informante H: A gente precisa estar bem. Equilibrado, no sentido de viver bem. A partir do momento que eu tenho uma relação com as pessoas equilibradas, uma relação equilibrada com meu modelo de vida, com a minha família, com o meu trabalho eu sou saudável mentalmente.

O outro entendimento encontrado se refere à saúde mental como alteração de comportamento que compromete a capacidade produtiva:

Informante D: Geralmente as pessoas só se dão conta de que estão com algum problema de saúde mental quando tem algum comportamento que altera sua condição normal de trabalho, seu próprio trabalho, seu ambiente de trabalho.

Informante E: O processo de trabalho que ele realiza, o estresse no ambiente de trabalho, as condições de trabalho, então tudo isso aí interfere no processo de trabalho dele, aí é a partir daí, é que vai se detectar alguma diferenciação no comportamento, no ambiente, naquele local de trabalho.

Informante G: A pessoa tem que poder desenvolver todas as atividades. Ou seja, ter uma vida normal.

Informante G: É até interessante você fazer uma ligação da saúde mental com o trabalho, porque, acho que se, se a pessoa não tiver com essa saúde mental ela não vai conseguir desenvolver o trabalho e mesmo interagir.

A compreensão de saúde mental enquanto doença mental também foi identificada como transtorno mental:

Informante F: Eu acho que todos os transtornos que você tem emocionais, psicológicos, psiquiátricos, é, de *stress*, que faz uma mudança no seu nível emocional eu acho que é um transtorno mental.

A concepção de saúde mental ancorada na perspectiva da saúde coletiva, também foi apreendida nas entrevistas e na observação.

Informante C: Um braço da saúde.

Informante B: Envolve muita coisa (...) bem estar da sua família, você estar bem no seu trabalho, estar bem de saúde, estar bem fisicamente, então tudo isso envolve a saúde mental.

No entanto, apesar da saúde mental ser entendida como um braço da saúde, a presença da concepção manicomial foi constatada como segue descrição no diário de campo:

Informante D: O responsável pela capacitação do protocolo clínico de transtorno mental relacionado ao trabalho, se dirigiu a mim para falar de sua experiência de trabalho em um Hospital Psiquiátrico, onde trabalhou por oito anos. Relatou eletrochoque indiscriminado, violência e despreparo da equipe. Disse que ele e mais dois enfermeiros estavam mais preparados porque no Nordeste eram policiais militares e já sabiam como amarrar, dar chave de braços e dessa forma conter as pessoas que estavam agitadas. Falou também da armazenagem de sacos de psicotrópicos dados aos pacientes e que nem assim conseguia conter os mesmos.

No que se refere à primeira concepção encontrada, percebe-se uma distinção entre saúde física e mental. Essa constatação está presente na perspectiva de saúde mental limitada à esfera psicológica.

Essa distinção entre físico e psicológico pode ser considerada reducionista, e a coloca em lugar representativo do pensamento cartesiano, que separa corpo e mente, encontrada em Uchôa e Vidal (1994) ao evidenciar que a doença ora é vista como um problema físico ou mental, ora como biológico ou psicossocial, mas raramente como fenômeno multidimensional (UCHÔA e VIDAL, 1994, pag 500).

Em oposição a esse pensamento, a identificação de saúde mental como bem estar e equilíbrio também foi encontrada entre adolescentes em estudo que buscou

compreender as representações dos mesmos sobre saúde mental (FUKUDA *et al*, 2012). Para esses autores, tal relação expressa uma concepção de saúde, ancorada em uma abordagem ecológica do desenvolvimento. Vale destacar que essa visão enfatiza a qualidade de vida das pessoas na sua relação com o ambiente e tem por fundamento a interação de quatro núcleos: processo, pessoa, contexto e tempo.

O fragmento que identifica saúde mental a alteração de comportamento que interfere na capacidade produtiva, nos remete à concepção de saúde mental como produto das relações sociais de produção, onde a produção da loucura está intimamente relacionada à capacidade produtiva, ou seja, ao perder a razão o sujeito também deixa de participar do processo produtivo uma vez que “o sistema capitalista precisa de indivíduos para funcionar ou de um modo-indivíduo de subjetividade” se referindo às mudanças estruturais presentes desde o século XVIII, onde diferentes práticas sociais produzem “objetos e sujeitos conforme” o modo de produção vigente (TORRE e AMARANTE, 2001).

Essa compreensão se aproxima em muito da expressão que identifica saúde mental como doença mental caracterizada por um transtorno.

Isso porque a perspectiva patológica de saúde mental encontrada no entendimento de saúde mental como doença mental, evidencia os resultados encontrados por Rodrigues e Figueiredo (2003, pag 119) de que há entre os trabalhadores de saúde uma prática voltada para a “individualidade da ação curativa, centralizada na doença em si, marginalizando, assim, as questões sociais e os demais fatores determinantes da vida”. Na compreensão calcada na abordagem sociológica onde os problemas de saúde são apreendidos em sua dimensão social e não individual estas falas reforçam a premissa de que há valorização das questões referentes a diagnósticos biomédicos (UCHÔA e VIDAL, 1994).

Esse modo de compreender a saúde mental enquanto doença incapacitante para o trabalho vai em direção do pensamento orientado para a produção de riquezas que favorece a manutenção das relações capitalistas, e, reafirma a constatação de que há no modelo biomédico da psiquiatria uma preocupação centrada na doença e não na pessoa conforme defesa realizada por Basaglia (1924) e encontrada em diversos

autores (TORRE e AMARANTE, 2001; AMARANTE, 2005; OLIVEIRA e ALESSI, 2005; OLIVEIRA e MARCON, 2006a; OLIVEIRA e MARCON, 2006b; SCARCELLI e ALENCAR, 2009).

Na perspectiva do campo denominado saúde mental “a compreensão das manifestações de sofrimento mental que, embora presentes e identificadas em uma pessoa, ocorrem em determinados contextos relacionais e socioculturais concretos, só sendo possível a sua existência e compreensão nesta específica situação” foi suprimida nas falas dos participantes (OLIVEIRA e MARCON, 2006b, pag 130).

Para Basaglia (1924) encontrado em Amarante, (2005, pag 146), a doença mental é construída calcada no poderio técnico. No entanto, para os informantes há separação das condições de saúde em físico e mental, logo são distintas do pensamento de que:

A separação nítida entre saúde e doença não existe: o doente mental está à mercê das circunstâncias que irão precipitar a situação ou deixá-la inalterada. A objetividade não existe enquanto não for construída pelo próprio ato da internação e pela definição de doença. Antes disso, tudo é possível ainda, porque aquele que será o futuro doente mental ainda é considerado uma presença contraditória na realidade em que vive: o empregador que reclama de suas estranhezas, o familiar que o culpa por seu comportamento (...).

Foi encontrada a identificação da saúde mental como um braço da saúde, remetendo ao entendimento de que “Saúde Mental e Saúde Coletiva podem ser entendidas como campos de saber e práticas que têm, como um dos aspectos essenciais a saúde como fenômeno social de interesse público” (SCARCELLI e ALENCAR, 2009, pag 1).

Essa definição é realizada “a partir da abordagem interdisciplinar que envolve diferentes disciplinas e tipos de conhecimento, busca-se romper com o paradigma biomédico e as tendências patologizantes e normalizadoras que privilegiam o olhar sobre a doença em detrimento da saúde como processo e expressão dos determinantes psicossociais, sócio-dinâmicos e institucionais” (SCARCELLI e ALENCAR, 2009, pag 2), mas nas entrevistas, ao ser identificada uma ausência de crítica a práticas condizentes com o modelo manicomial, essa perspectiva é deixada de lado, em prejuízo a ações emancipadoras de saúde mental.

A resposta do informante E apresenta um entendimento dúbio: por um lado evidencia a facilidade de rotulação do doente por meio da classificação da doença em um transtorno ao referir:

Informante E: Dizer quem é estável é mais difícil ainda, por que esse estabelecimento de o que é, a perturbação (...), acho que aqueles casos mais, mais é, visíveis, casos como a esquizofrenia são mais simples(...).

No entanto, por outro lado expressa a multideterminação social da doença ao afirmar que a busca por aceitação social exigida por padrões de comportamento e de consumo podem interferir no processo saúde-doença:

Informante E: (...) nós temos hoje uma série de muitos problemas que surgem na própria sociedade moderna, pressão muito grande, a busca da mulher por um corpo perfeito, uma satisfação profissional, o conseguir ser mãe e profissional (...) não podemos deixar de pensar nisso.

Essa dualidade, bem como a dicotomia entre a proposta da saúde coletiva e a falta de crítica à perspectiva manicomial como sendo aquela que se “funda na noção de que a experiência psíquica diversa é sinônimo de erro”, podem ser explicados a partir da afirmação de Scarcelli e Alencar (2009) de que a saúde coletiva e a saúde mental enquanto campos disciplinares oscilam, “vez ou outra, entre uma tendência medicalizante e outra sociologizante” (SCARCELLI e ALENCAR, 2009, pag 1).

Por sua vez a compreensão acerca das categorias saúde mental e trabalho se constitui como fundamental para a compreensão da terceira categoria identificada como de interesse desse estudo a SMRT.

6.3.3 Saúde Mental e Trabalho: perspectivas integradoras e contraditórias ao campo da SMRT

Embora não tenha sido encontrada uma concepção hegemônica que pudesse ser entendida como aquela que fundamenta uma perspectiva coletiva e institucional acerca de trabalho e de saúde mental, essa situação não se manteve para a compreensão encontrada sobre SMRT.

A compreensão central encontrada e que representa a hegemonia em torno do tema foi aquela que relaciona SMRT à doença mental. No entanto, derivações do que seria essa doença e de suas causas foram encontradas. Ou seja, diversas compreensões puderam ser identificadas entre os participantes. Entre aquelas que se apresentaram como mais preponderantes nas falas, identificamos as seguintes distinções que se apresentam enquanto fragmentos da compreensão de SMRT como doença: SMRT como exposição a riscos externos, angústias decorrentes das relações de trabalho e que necessitam de medicalização, alterações de comportamento que interferem no processo produtivo e demandam para a intervenção da saúde pública no que se refere a diagnóstico e tratamento.

Além dessas compreensões outras se destacaram: a que relaciona o prazer e/ou sofrimento no trabalho, a compreensão de SMRT como bem estar e equilíbrio, a que relaciona saúde mental na sua relação com o trabalho em função das condições de trabalho, da precarização das relações de trabalho e do processo de trabalho.

Ao referirem a concepção de SMRT como doença, a primeira distinção encontrada remete ao entendimento de SMRT como exposição a riscos externos e pôde ser constatada na fala de dois informantes, ao responderem à pergunta: Qual sua concepção sobre SMRT?

Informante A: (...) talvez de maneira indireta, é, alguns riscos relacionados ao trabalho também são vistos pra saúde mental (...) por exemplo, agrotóxico tá muito relacionado à depressão em situações que hoje a ciência está demonstrando haver essa associação. Então a gente percebe (...), através de nosso saber, do trabalho, que o uso, a manipulação constante de agrotóxico tem como consequências depressão, ansiedade e outras morbidades mentais.

Informante B: Se aquele ambiente não for um ambiente bom, se não tiver uma, uma equipe junto com aquele trabalhador, que estão envolvidos juntos, a questão do chefe, a questão do ambiente, a insalubridade, né, essas questões do trabalho, aquilo pode levar a um descontrole emocional.

O fragmento que descreve a SMRT como angústia decorrente das pressões do trabalho e dos efeitos das relações desiguais foi encontrada na seguinte fala:

Informante H: o trabalhador adocece mentalmente devido sua pressão: é complicado pra um trabalhador, por exemplo, sair de casa cinco horas da manhã, e ele ganha um salário mínimo, mas ele deixou a mulher com três filhos em casa, às vezes só com leite, às vezes só com uma

comida. Não pense você que esse cara vai trabalhar com a cabeça pensando ta tudo bem na vida, ele não vai. Ele chega lá ele olha pra o que tem que fazer ele acha que é trabalho demais pro pouco que ele ganha ele fica com raiva dos companheiros de trabalho. Ele fica com raiva do patrão então ele ta numa agonia, ali dentro, ele ta num processo de (...) é agonizando mesmo no processo de trabalho. Isso vai adoecer.

A exemplo desses entendimentos que se mantiveram coerentes com a compreensão dos participantes sobre saúde mental e sobre trabalho, outro entendimento encontrado se mantém na perspectiva de SMRT como alteração de comportamento que interfere na capacidade produtiva, como segue:

Informante D: condição psíquica que o trabalhador deverá ter no ambiente de trabalho. Um ambiente de trabalho saudável, as condições de trabalho também adequadas pra desenvolver suas tarefas e que ele, ao longo do período que ele estiver no seu ambiente de trabalho, ele não tenha comportamentos assim, que alterem as suas atividades durante todo o processo de vida útil no trabalho e que ele comece a trabalhar e saia do seu ambiente de trabalho, inclusive indo pra sua casa e voltando da sua casa para o trabalho sem alguma anormalidade nos seus comportamentos... pra realizar suas tarefas e seu deslocamento.

Essa perspectiva remete à ideia de centralização do trabalho e logo das interferências deste no processo saúde-doença mental reduzido ao ambiente de trabalho. É como se os contextos nos quais o sujeito está inserido não compreendam e não colaborem para esse processo.

À medida que a ideia de SMRT se concentrou na perspectiva de doença, o último fragmento em torno dessa concepção foi aquela que a identifica como demanda para a saúde pública:

Informante H: (...) então, deparando com esse cenário a gente tem duas linhas a fazer. A primeira linha é preparar a rede de assistência pra conseguir fazer um diagnóstico precoce desse adoecimento mental do trabalho, pra conseguir fazer um tratamento mais adequado pro ambiente de trabalho, aonde causaria um menor impacto na relação patrão e empregado, né? Conseguir fazer uma reabilitação, um processo de reabilitação com um tempo menor, mais curto, pra que logo se encontrasse uma forma de tratar esse paciente né, esse adoecido e que ele voltasse a sua rotina, modelos mais, eficientes de tratamento. Isso quando a gente está falando de assistência, e quando a gente está falando de mudar a concepção cultural, aí são as ações de promoção, ta, que a gente precisa massificar que existe o adoecimento e que ele é relacionado aos processos e às relações de trabalho, aos processos de trabalho e as relações

que acontecem lá naquele ambiente de trabalho e que isso precisa ser melhor gerenciado dentro do ambiente de trabalho.

Outros entendimentos acerca de SMRT encontrados foram apreendidos nas falas que se concentram nas seguintes expressões: SMRT como bem estar e equilíbrio, como prazer ou sofrimento no trabalho, ou ainda, um pensamento que se aproximou bastante da vertente considerada integradora do campo da SMRT, denominada desgaste.

Em concordância com a compreensão encontrada acerca de saúde mental, o entendimento de SMRT identificado na sua proximidade com bem estar e equilíbrio também foi identificado, como segue:

Informante A: Estar bem psicologicamente. Estar bem com os meus pares, com os meus imediatos, abaixo da minha posição e com os meus superiores também. Sempre na minha profissão.

Informante C: Eu acredito que assim: nós somos pessoas trabalhando com sentimentos, com ações e que nós temos vidas diferentes fora daqui. Então assim, você vai um tempo estar trabalhando com a parte emocional Eu acredito mental e emocional eles sejam realmente a mesma coisa e que precisam de um equilíbrio. Enquanto não tem esse equilíbrio entre um e outro realmente vai ter algum desgaste, problemas.

Para dois informantes, a SMRT está relacionada ao prazer e sofrimento que o trabalhador pode alcançar no trabalho:

Informante B: É uma coisa assim, complexa, (o trabalho) é uma necessidade também, além de ser um prazer, que deveria ser um prazer, né, que muitas vezes o trabalho não é um prazer, às vezes traz até sofrimento e aí que entra a questão da saúde mental do trabalhador.

Informante H: Esse ambiente de trabalho a partir do momento que ele tá harmônico ele favorece pra gente ter uma relação de trabalho que não adoça. A partir do momento que as suas expectativas pessoais já começam a gerar um conflito com as expectativas institucionais a gente começa de certa forma a não ter mais prazer! E a partir do momento que a gente passa a não ter prazer que começa a ser uma coisa que você se sente obrigado a fazer o que você não quer aí você começa a adoecer. Por isso que ambiente de trabalho que promove saúde ele tem que ser gostoso.

A identificação de SMRT como aquela que depende das relações que se desenvolvem no processo de trabalho, a depender do grau de participação do

trabalhador na organização do trabalho, ou ainda, da presença de elementos que precarizam o trabalho, foi identificada na fala de dois informantes:

Informante E: Torna mais difícil ainda o nexo causal entre saúde mental no trabalho, sem sombra de dizer. Mas é extremamente difícil. Por exemplo: o ambiente do prédio da Secretaria de Saúde é um ambiente insalubre. Ele é um ambiente não favorável a permanência de saúde mental na cabeça de ninguém, ele é precário, muitas pessoas pra um espaço reduzido, ele não é harmônico, (...), a infraestrutura é precária e tudo isso, muita gente no mesmo espaço e todos esses problemas só é sinônimo de uma coisa *stress*. E aí a gente vê dentro de um ambiente de trabalho você colocando uma pessoa 8 horas por dia, que passa mais tempo no ambiente de trabalho do que com os filhos, em um ambiente precário, pouco remunerado e se aglomerando, o resultado disso: brigas, muitas brigas, muitas discussões. Infelizmente é assim, se você quer entender (...). Então isso eu considero, saúde mental... saúde mental e trabalho como respeito a jornada de trabalho. Respeito a jornada de trabalho não significa trabalhar menos ou mais do que a carga horária. Cada técnico tem uma capacidade, tem um talento, tem uma possibilidade, a saúde mental você tem que saber identificar de cada funcionário seu o que você pode tirar dele sem acabar com ele. O que me retirava o estado emocional não era isso, mas era um ambiente com falta de (...), era um ambiente insalubre pro trabalho, eram as faltas de condições de trabalho.

Informante F: É aquilo que você adquire, no local de trabalho mesmo, decorrente do seu processo de trabalho. Existem várias formas, de repente até na sua relação com o colega, relação com o seu superior, na relação do dia a dia mesmo, do *stress* do seu trabalho, das relações que você tem entre, chefe, entre colegas, entre a organização de trabalho, dependendo da profissão, quando você tem acesso, quando você trabalha diretamente com produtos químicos, agrotóxicos e outros; você também pode ficar doente.

Vale destacar que os entendimentos diversificados encontrados se repetiram nas falas de um mesmo informante, sendo possível assim, identificar a presença de elementos de mais de uma abordagem ou corrente de pensamento na compreensão de um mesmo participante da pesquisa. Feito esse esclarecimento, ressalta-se que não foi encontrada uma coerência interna que representasse proximidade com os documentos normativos do campo, apresentados e discutidos no início da análise dos resultados.

Com efeito se aproximam da saúde do trabalhador à medida que reconhece que a determinação da doença está centrada no processo de trabalho e não no indivíduo de acordo com Ramminger *et al* (2008).

Por outro lado, as respostas estão em acordo com a compreensão acerca de trabalho e saúde mental, encontradas nas categorias anteriores, se considerarmos que se orientam para uma preocupação com a manutenção do processo produtivo e das relações de consumo, em detrimento de práticas que evidenciem o trabalho como emancipador do ser humano e que combatam a precarização do trabalho, como elemento que traz repercussões para a saúde (Gomez e Costa, 1999), como constatado:

Informante H: Então nós temos assim um... um problema sério que atinge quase uma totalidade das pessoas que adoecem mentalmente em algum momento da sua vida até relacionado ao trabalho, mas com um sistema ainda incipiente pra conseguir detectar esses problemas principalmente tratar esses problemas, porque os tratamentos hoje, é complicado, até pensando que no mercado de trabalho a pessoa não pode se ausentar... os tratamentos hoje pra problemas de saúde mental são tratamentos com afastamentos, desligamentos e tudo mais, o que inviabiliza até... esse processo.

Essa fala reflete a identificação da SMRT como doença mental que necessita ser tratada, logo que necessita de medicamento como ocorre com as doenças de natureza física passíveis de “cura”. Esse pensamento também impera entre profissionais da rede como constatado em estudo realizado por Campos *et al* (2011) onde a resposta dos profissionais da rede básica de atenção a questões de ordem mental se centrava na prescrição de psicotrópicos, o que justificou altas taxas de dispensação de psicotrópicos nos centros de saúde.

A ausência de um elemento crítico pode ser constatada também nas falas que identificam o trabalho como fonte de prazer ou sofrimento, que se aproxima da vertente da psicodinâmica do trabalho. Isso porque, ainda que os informantes identifiquem o trabalho como fonte de prazer ou sofrimento, é esvaziada de entendimento defendido nessa corrente, de que a depender da forma que o trabalhador se relaciona com o trabalho e o toma como elemento central de sua vida no sentido de tê-lo como emancipador, como aquele que contribui para uma atitude autônoma ele será sempre fonte de prazer e não lugar de inércia e sofrimento. Na expressão sobre trabalho no serviço público, ela aparece como algo desprazeroso:

Informante H: Eu tenho que gostar daquilo que eu to fazendo. Lógico: nem sempre eu vou fazer aquilo que eu gosto. Esses detalhes quando a gente até fala de prazer no trabalho

público ele é muito... ele é muito assim distante da realidade porque a partir do momento que a gente passa a ser servidor público a gente sabe que não vamos fazer aquilo que a gente gosta.

A concepção de saúde mental e de trabalho apreendida no decorrer das entrevistas e da observação estão repleta do entendimento de que de maneira geral a rede de saúde ressenete do conhecimento sobre as questões de ordem da saúde mental.

Essa compreensão está em acordo com Bernardo e Garbin (2011) ao afirmarem que, apesar das duas décadas de SUS, a incorporação do olhar para a saúde do trabalhador e da saúde mental, ainda encontra-se bastante fechada em torno do próprio campo.

Vale destacar, porém que os informantes, quase sempre, se colocam externos a essa situação, por se sentirem “de fora da assistência”. Atribuem, por exemplo, a fragilidade técnica em torno desse campo como a causa da subnotificação de transtorno mental relacionado ao trabalho. Isso porque, está relacionada à dificuldade de estabelecer a relação entre a doença e o trabalho por falta de capacidade técnica, na esfera da assistência, como retratado nas entrevistas:

Informante A: (...) em outras palavras, nós sabemos que acontece, nós temos que estimular essa notificação, mas os técnicos não são os profissionais preparados para estar fazendo esse estabelecimento. Então resumindo: não creio que os técnicos sejam capacitados ou capazes, vamos dizer assim, de identificar transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Ou ainda, simplesmente a expressão de um conhecimento leigo carregado de preconceito, como descrito pelo informante H:

Informante H: Essa é a realidade que a gente tem: profissionais de saúde que ainda tem aquela concepção de que depressão é frescura. Ainda trata como: Ta com onda. Então a gente ainda tem esse cenário. Esse processo de mudar essa concepção é o mais árduo que a gente vai encontrar (...) o sistema de saúde nosso ainda não é capaz de detectar esses problemas. A gente ainda está acostumado ainda no sistema de saúde que trata de louco. E quando a gente ta falando de saúde mental a gente não ta falando de quem fica louco, quem fica louco é a ultima instancia do processo de adoecimento. A gente ta falando de toda essas etapas que acontece antes e que ainda não é percebido dentro do nosso serviço de saúde.

Nessa mesma entrevista foi encontrado um paradoxo no que se refere a uma concepção formada sobre SMRT, ou pode-se dizer que também reflete o uso do senso comum com o tecnicamente preconizado:

Informante H: Bom assim: Nós temos um panorama o seguinte: sabemos empiricamente dizendo, porque nós não temos estudos para dizer isso, que o transtorno mental está cada vez mais presente nas relações de trabalho. Isso é uma doença que há um tempo ninguém falava sobre ela e de um tempo pra cá as pessoas que falavam diziam que era frescura. Que era frescura do trabalhador que isso não existia que isso era falta de ocupação e que hoje a gente está entendendo que doenças mentais existem mais frequentes do que a gente pensa, né? Que as pessoas vivem sim angustiadas e que não trabalham com prazer porque a relação de trabalho o ambiente de trabalho não favorece que isso aconteça. A valorização pessoal, a sobrecarga, a ascensão financeira que não vem, então tudo isso gera um processo de adoecimento, mas que a gente sabe que tá posto isso no mercado de trabalho, nas relações de trabalho, mas que nosso sistema ainda não consegue tratar.

Essa é a visão que de maneira geral prevalece no CEREST/MT, sobre a fragilidade técnica acerca da rede de saúde. Vale destacar que o CEREST/MT também se insere nessa rede, e que a fala do informante H, de alguma maneira confirmou a fragilidade técnica interna no CEREST/MT, em se tratando da SMRT, por meio da frase:

Nós temos um panorama o seguinte: sabemos empiricamente dizendo, porque nós não temos estudos para dizer isso, que o transtorno mental está cada vez mais presente nas relações de trabalho (Informante H).

Por outro lado, ao refletirem sobre a função do CEREST/MT na esfera estadual e na sua relação com a rede, por meio da pergunta: Você acredita que os profissionais do CEREST/MT reconhecem a relação entre a saúde mental e o trabalho, as respostas vieram em sentido contrário às falas anteriores, e as concepções encontradas nas entrevistas acerca da SMRT passaram a incluir o CEREST/MT, como frágil para conduzir as ações de SMRT, como relatado pelo informante H:

Informante H: Ainda preciso de uma melhor organização não só da rede, mas, também de minha própria equipe. Pra ter profissionais que compreendam o tema com propriedade. Não to dizendo que eu preciso assim de um psiquiatra aqui dentro, mas eu preciso de profissionais que se aprofundem nesse estudo pra conseguir da um suporte adequado pra rede de assistência no

sentido de diagnóstico precoce do profissional, do trabalhador que ta adoecendo no trabalho mentalmente.

A fragilidade técnica dos profissionais do CEREST/MT, em oferecer a retaguarda como preconizado normativamente, a partir do conhecimento e reconhecimento da relação entre o adoecimento mental e o trabalho, advém da hegemonia do modelo médico, ainda presente na orientação das práticas de saúde. Isso porque prevalece pouco espaço para a escuta dos sujeitos e de seus sofrimentos, para o acolhimento e para atenção e cuidado integral à saúde como reflete esta entrevista:

Informante D: A gente falava ao trabalhador, informava que o CEREST acolhia e de forma espontânea. Do mesmo jeito a gente também não ia obrigar o trabalhador de continuar com aquele tipo de procedimento, aí caberia a ele continuar ou não. Então, a gente sempre conversava e falava pra ele também os riscos de vir aqui, que os trabalhadores correm se eles querem fazer a comunicação de acidente de trabalho, quando é o trabalhador da rede privada. Mas eles correm o risco de serem mandados embora em alguma outra situação mais tarde e que assim, seria uma coisa inevitável. Mas se eles quisessem continuar não tinha problema, a gente continuava todo o processo de acolhimento e encaminhamento desse trabalhador. E tinha alguns que continuavam e outros que desistiam e às vezes não procuravam mais com medo de ser mandado embora do trabalho.

Essa conduta, além de refletir a desresponsabilização ética com o trabalhador, e certa aleatoriedade e naturalização das relações, diante das contradições e diferenças entre aqueles que detêm o modo de produção e os que detêm a força de trabalho, também o afasta do serviço criado para acolher essas demandas e ser a sua referência, como segue na mesma fala:

Informante D: (...) e a gente tinha contato com eles, e às vezes não retornavam mais o contato pra gente. A gente fazia o acolhimento e depois pegava o telefone e ligava pra ver se eles, como é que eles estavam, se tinha encaminhado na própria empresa também, aí muitas vezes desistiam, só porque são empregados.

Contraria ainda a afirmação realizada por Bernardo e Garbin (2011, pag106) de que em se tratando de saúde do trabalhador e de suas premissas, no campo das práticas, no âmbito do SUS, deveria haver e prevalecer o “entendimento de que a relação capital e trabalho se estabelece de forma desigual e suas ações deveriam ter por objetivo proteger o lado mais frágil desse binômio, o trabalhador.

Por outro lado, as falas dos informantes, confirmam a afirmação de Bernardo e Garbin (2011) de que há na saúde do trabalhador por parte de trabalhadores e gestores, a reprodução da ideologia dominante da sociedade. Mais que isso, que essas concepções são encontradas nos próprios CEREST's. A explicação para essa conduta permeada por implicações éticas que afetam o campo se encontra no fato de que houve a substituição dos militantes da saúde do trabalhador por profissionais sem experiência na área, e que não tinham interesse por tal (BERNARDO e GARBIN, 2011, pag 107).

Além disso, no atendimento ao usuário por meio do acolhimento (que no momento não é realizado), observou-se que este era esvaziado de condução normativa como proposto pelos documentos ministeriais, e tampouco seguia o roteiro proposto para a realização da *anamnese* ofertada pelo manual (anexo2). Destaca-se ainda o distanciamento com os atos de cuidado como “parte da essência humana e não apenas um ato pontual, mas uma atitude de respeito, de preocupação e responsabilização para com o próximo (BOFF, 2000 *apud* VALLA e LACERDA, 2005, pag 95), como identificado na fala:

Informante D: Ah, a situação nossa é uma situação assim: que o trabalhador, ele sofre, sofre essas ameaças no ambiente de trabalho e que essas ameaças não é assim incomum. Quase todos os trabalhadores sofrem esse tipo de ameaça e muitas vezes fica a mercê. E (...) quando ele não suporta, ele sai daquele ambiente de trabalho e procura seus direitos através da justiça (...) das instituições que vão ajudá-lo. A gente sempre orientava. Mas assim, o nosso poder em cima disso aí é limitado porque depende de várias instâncias pra dar prosseguimento: se ele vai ou não fazer os exames, se ele vai ou não voltar ao trabalho, se ele vai ou não, ter algum comportamento, de repente ele toma um comportamento lá que não quer realizar mais o exame ou fazer uma outra atividade da empresa, ou, então não voltar mais a aquela atividade que ele trabalhava antes. Aí o CEREST acolhe, mas respeita a opinião do trabalhador. Ele é que vai decidir sobre a vida dele e seu ambiente de trabalho, apesar de ser orientado que está trazendo problemas pra ele, que ele pode ser prejudicado posteriormente com sua saúde. Mas o trabalhador tem sua liberdade de escolher.

Essa fala reflete a fragilidade da ação estratégica e o distanciamento de um compromisso com o trabalhador e com os direitos trabalhistas quase sempre encontrados entre os que trabalham com saúde do trabalhador. Dessa forma, parece que o serviço ofertado ao usuário interfere negativamente nas suas decisões, e reforça a exploração do trabalhador ferindo a garantia legal aos seus direitos. Ao agirem

alienadamente, legitimam a desigualdade social, já que a garantia legal dos direitos dos trabalhadores é entendida como a tradução das respostas às questões sociais, emanadas do distanciamento entre equidade e processo de acumulação, reconhecendo a centralidade do trabalho enquanto um organizador social (MENDES e DIAS, 1991).

Para além de ferir os direitos do trabalhador e do distanciamento da integralidade da ação, essa fala demonstra que há transcendência da fragilidade conceitual para uma ação esvaziada de conteúdo político e ético. Provavelmente, isto está relacionado à falta de compromisso com a causa social dos usuários do serviço uma vez que há desencorajamento ao acesso a direitos sociais e trabalhistas, reforçando entre os trabalhadores o medo do desemprego que interfere na saúde do trabalhador (GOMEZ e COSTA, 1999).

Essa fala foi reforçada em entrevista com o informante H. Ao falar da relação da saúde mental com o trabalho, apresentou uma opinião segregadora do doente mental, centrado na doença e não no doente, e atribuindo ao patrão a responsabilidade de decisão sobre o adoecimento, centrado no poder médico, excluindo o trabalhador, como segue:

Informante H: Hoje quando a gente vai falar de tratamento de adoecimento mental a gente tá falando em tirar a pessoa do campo de trabalho (...). O médico vai afastar ele. E quando a gente fala de afastar por causa de um transtorno mental nós também estamos dizendo que o patrão vai demitir ele. Então quando a gente fala... quando a gente pesa na balança (...) entre tratamento de saúde e subsistência que é ganhar o dinheiro pra comer, isso daqui pesa mais: subsistência. (...) O adoecimento mental também vem por essa linha: dizer pro patrão que ele está com transtorno mental e precisa ser afastado pro tratamento na hora já tem aquele problema entre a relação de trabalho que já se abala. Não há o aceite dessa doença.

Isso posto nos leva a acreditar que na esfera do ético político e também do técnico há dificuldade do serviço, no campo da SMRT em identificar, diagnosticar e acompanhar o trabalhador em situação de vulnerabilidade, devido a relações precárias de trabalho que repercutem no processo saúde-doença mental do mesmo. Isso porque a partir da fala acima, a responsabilidade foi transferida ao “patrão”, como se a ele coubesse o direito de decidir sobre a necessidade do afastamento por doença ou pela sua presença no trabalho, contrariando todas as prerrogativas

normativas apresentadas, discutidas e orientadas no Manual. Culmina também com a ideia prevalecente entre estudantes observada por (PAPARELLI, *et al*, 2011) que reduz o sofrimento no trabalho a uma obra do destino, cuja determinação é inquestionável e intransponível, não é passível de transformação. Vai além na sua análise quando atribui a mudança necessária ao campo pessoal do trabalhador e não ao trabalho, como construção social que deve ser modificado.

Pelo contrário, com essa fala percebe-se haver naturalização do conflito eminente entre as duas partes, qual seja; patrão e empregado, por parte do informante H e reflete um conformismo com a situação sem a percepção de que é um campo a se intervir.

Essa constatação nos leva a recorrer a Goulart e Freitas (2008) que em estudo realizado com os trabalhadores da saúde, para verificar como esses se inseriam no trabalho no contexto do SUS concluíram que havia entre eles a reprodução de uma lógica de trabalho que dificultava a sua implicação na implantação do SUS e no planejamento das ações, acarretando submissão, alienação e descompromisso.

A questão das interferências do ambiente no processo de saúde-doença mental foi constatada quase que na totalidade das falas acerca da concepção sobre SMRT. Percebe-se que essa lógica pode ser uma influência da perspectiva da vigilância da saúde, tão entranhada na saúde do trabalhador uma vez que:

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) deve ser compreendida como eixo fundamental capaz de consolidar as práticas de saúde do trabalhador no SUS, na perspectiva da prevenção dos agravos decorrentes da relação saúde-trabalho e da promoção da saúde. É por intermédio das ações compreendidas no campo da vigilância que se terá capacidade de interromper o ciclo processo/ambiente de trabalho-doença-morte, corrente no Brasil (BRASIL, 2001, pag 49).

Dessa maneira, a valorização desse aspecto voltado para o entendimento da relação do risco externo ou ambiental como adoecimento mental, pode estar calcado nesta perspectiva, e ainda no fato de que é mais palpável de ser identificado como uma causa, uma vez que compõe os riscos químicos, passíveis de “medição” e

quantificação, diferente por exemplo daquelas etiologias que necessitam ser identificadas a partir das relações e do processo de trabalho.

Por outro lado, a intervenção diante dos riscos inerentes à saúde do trabalhador, foi fortemente difundida pela abordagem da ergonomia e da higiene do trabalho, ainda tão presentes nas ações e práticas de saúde do trabalhador, em detrimento de uma ação “com foco nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial” (BRASIL, 2001, pag 17) mais coerente com a perspectiva da SMRT.

Por fim, destaca-se que dois informantes apresentaram entendimentos bem próximos da vertente integradora do campo denominado SMRT, muito embora sem reconhecê-lo como campo de conhecimento e práticas que culmina com outro campo denominado saúde do trabalhador.

A aproximação com a vertente do desgaste foi constatada a partir da identificação de elementos que caracterizam a relação da saúde mental com o trabalho, que consistem como constitutivas do *stress*, das interferências ambientais, das relações de trabalho, do processo de trabalho, sem, no entanto, ter sido encontrada, qualquer menção sobre prazer e sofrimento. Elementos como comunicação entre colegas de trabalho e chefia, condições adequadas de trabalho, ambiente de trabalho, tempo e ritmo de trabalho, foram encontrados nas falas, culminando como pensamento de que:

O processo de comunicação dentro do ambiente de trabalho, moldado pela cultura organizacional, também é considerado fator importante na determinação da saúde mental. Ambientes que impossibilitam a comunicação espontânea, a manifestação de insatisfações, as sugestões dos trabalhadores em relação à organização ou ao trabalho desempenhado provocarão tensão e, por conseguinte, sofrimento e distúrbios mentais. Frequentemente, o sofrimento e a insatisfação do trabalhador manifestam-se não apenas pela doença, mas nos índices de absentéismo, conflitos interpessoais e extratrabalho. Os fatores referentes ao tempo e ao ritmo de trabalho são muito importantes na determinação do sofrimento psíquico relacionado ao trabalho. Jornadas de trabalho longas, com poucas pausas destinadas ao descanso e/ou refeições de curta duração, em lugares desconfortáveis(...) causam com frequência, quadros ansiosos, fadiga crônica e distúrbios do sono (BRASIL, 2001, pag 162).

Ainda que esses elementos tenham sido identificados a partir da própria experiência de trabalho na saúde, como é o caso do informante E essa aproximação não é suficiente para interferir no processo de trabalho do CEREST/MT em direção a uma ação que realmente reconheça a concepção de SMRT, como estratégia político ideológica para interferir criticamente nas relações de trabalho de forma a considerá-las como determinantes do processo saúde-doença e saúde-doença mental.

Isso porque as ações encontradas refletem de alguma maneira as diversas compreensões acerca de trabalho como base material necessária à aquisição de bens e consumo não importando se para isso é necessário se manter num serviço público desprazeroso, como encontrado.

Esses dados demonstram que não há homogeneidade conceitual e um nivelamento de ações que correspondam a uma situação de ação comunicativa, voltada para a observância de uma norma ou de normas realmente válidas. Isso, no sentido de que devem preencher “a condição de que as consequências e efeitos colaterais que previsivelmente resultem de sua observância universal, para a satisfação dos interesses de todo indivíduo possam ser aceitas sem coação” (HABERMAS, 2005, pag 147) não foi positivamente identificada no CEREST/MT por meio das ações desenvolvidas por seus agentes institucionais.

No cotidiano do trabalho no CEREST/MT não foi identificada uma concepção homogênea de saúde mental relacionada ao trabalho que pudesse dar conta de nortear as ações nesse campo. Logo, as ações realizadas não são identificadas pelos técnicos e gestores como sendo de SMRT, ainda que tenham interrelação com o campo, como as ações de combate ao trabalho infantil, por meio da participação no FEPETI, as ações educativas como a realização de ato de mobilização sobre assédio moral no trabalho e a participação em eventos de capacitação como a videoconferência sobre precarização no trabalho.

Essa ausência de identificação conceitual acerca de saúde mental e trabalho, interfere na organização do trabalho voltado para o reconhecimento da relação da saúde mental e trabalho e para a implementação de suas ações. Isso porque, houve unanimidade no entendimento de técnicos e gestores de que a única ação que fazem

nessa direção é a capacitação do protocolo clínico de transtorno mental relacionado ao trabalho e que inexistem ações de uma política de saúde mental relacionada ao trabalho, como constatado nas entrevistas:

Informante A: Em outras palavras, a gente não tem uma política de atenção à saúde mental dentro do serviço.

Informante B: É, na realidade, para saúde mental especificamente, aqui a gente não tem nenhuma, como que eu posso estar vendo, uma ação voltada só para isso, a gente não tem.

Informante E: Se a gente for olhar o registro do número de casos no SINAN de transtorno mental, ele é irrisório, por ser irrisório, dentro do observatório é difícil a gente produzir, conseguir, produzir em termos disso. Agora assim, quando a gente olhar os outros colegas de trabalho, que são todos envolvidos, a gente até consegue ver que há sim uma central de capacitação, protocolos clínicos de doenças.

Dessa maneira, esses resultados são coerentes com o pensamento que sugere haver no âmbito da saúde do trabalhador uma crise no campo técnico e político e que se estende para o a SMRT. Isso no sentido de que há um desafio atual posto ao campo, que vai desde a discussão sobre a constituição hegemônica do campo conceitual que considera a centralidade do trabalho no processo de saúde doença da população em geral.

Assim algumas limitações nas ações dos CEREST's podem ser identificadas como a centralidade do modelo assistencial individualizado e o baixo investimento nas ações de promoção da saúde, dentre outras (SANTOS e LACAZ, 2011).

Isso se deve também ao fato de que, embora o Estado brasileiro tenha sido chamado a dar respostas às questões emergentes do processo de trabalho, ainda falta muito para haver um consenso de que a saúde do trabalhador se constitua e seja reconhecida enquanto uma política, apesar da aprovação da portaria que a reconhece formalmente como tal (BRASIL, 2012). Com efeito, tem-se algumas lacunas constatadas como insuficiência das iniciativas em definir e implantar ações integrais concretas para a área que tem como principal entrave o não reconhecimento da centralidade do trabalho enquanto determinante social dos agravos da saúde geral da população e limitação na abrangência de suas intervenções (GOMEZ, 2011).

Por outro lado, esses encaminhamentos que carecem de conteúdo técnico, político e ético podem ser reflexos da própria fragilidade que afeta o campo da ST, no que trata da constituição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), e que pode ser constatada na própria criação da RENAST. Ainda que por um lado ela é tida como um avanço, por outro se apresenta como um elemento que desfavoreceu o crescimento da saúde do trabalhador enquanto política, por minimizar o campo em ações assistenciais no âmbito da saúde, sem conseguir, portanto, avançar em direção a ações macro políticas (VASCONCELLOS e MACHADO, 2011).

Com efeito, ao articular e “apostar” quase que exclusivamente nos CEREST’s reduziu sua capacidade de articulação e tornou-se basicamente assistencial, fragilizando sua ação estratégica e de gestão (VASCONCELLOS e MACHADO, 2011; SANTOS e LACAZ, 2011). Isso porque os CERET’s foram criados na lógica da especialização e referência secundária em saúde do trabalhador, em contraposição à incorporação da saúde do trabalhador pela atenção básica. Com essa especificidade, ocorreu a restrição da abrangência da área pela rede especializada promovendo a dicotomia entre assistência e vigilância a saúde (GOMEZ e LACAZ, 2005).

No entanto, a força desse campo, que congrega a saúde mental na sua relação com o trabalho, a exemplo da constituição do próprio SUS, é que ele é uma conquista e no Brasil, se difere de outros países de modo de produção capitalista por ser praticamente o único que busca engendrar a relação saúde-trabalho para a esfera de abrangência da saúde pública e não enquanto meros serviços previdenciários resultantes da concepção da relação trabalho-previdência. Mais que isso, quando o Brasil assume essa concepção assegura que a saúde do trabalhador tenha dimensões de direito ampliado e irrestrito, garantido por meio de políticas públicas como é a política de saúde pública e que a prática de saúde do trabalhador se constitua na base de um modelo de vigilância da saúde que pressupõe ação de promoção, prevenção e reabilitação (MERHY e FRANCO, 2008; GOMEZ, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os documentos de abrangência nacional estudados estão coerentes com os pressupostos da SMRT enquanto campo de conhecimento. Isso porque, são claros ao assumir a determinação social do processo saúde-doença mental, e, entre essa, encontram-se as interferências dos variados contextos na vida do trabalhador, estando ele inserido no processo produtivo de trabalho ou ainda estando fora dele.

Esses documentos enfatizam que a precarização do trabalho é bastante negativa para a vida psíquica do trabalhador, e, ainda consideram que a depender da maneira como o trabalho está organizado, ele pode ser elemento de saúde ou de doença ao sujeito.

Dessa maneira valorizam os elementos da organização do trabalho na dinâmica do trabalho, juntamente com os outros riscos classificados em físicos, químicos e biológicos, alternando drasticamente a idéia que até então prevalecia de que a etiologia das doenças centrava-se tão somente na esfera orgânica.

Do ponto de vista da saúde coletiva, esses documentos são significativos uma vez que propõem ações de vigilância em saúde que avançam para a perspectiva de promoção da saúde e orientam o desenvolvimento de ações coletivas no local de trabalho, de maneira a sugerir a realização de intervenções propositivas capazes de surtir efeitos no coletivo.

Por outro lado, ao expressarem as reivindicações dos trabalhadores por meio de movimentos sociais e de organizações de representação civil, como sindicatos e associações, objetivamente traduzidas pela ampliação da lista das doenças relacionadas ao trabalho, e com isso considerar a ampliação dos agentes etiológicos, imprimindo a determinação social do processo saúde-doença, pode-se considerar que houve um processo de interação entre as instituições públicas constituídas pelo MS, MTE, INSS e outras instituições, e as representações de trabalhadores e técnicos dessas instituições. Um exemplo dessa interação pode ser traduzida nas Conferências de Saúde do Trabalhador, tidas como espaços tipicamente de luta, embates e negociação técnico-política.

No entanto, ao analisar os documentos de abrangência estadual na esfera do CEREST/MT, foi possível apreender que não há um nivelamento conceitual entre essas e os documentos de abrangência nacional.

Por sua vez, as ações desenvolvidas e que nem sempre foram reconhecidas pelos participantes como sendo de SMRT, encontram-se distantes do preconizado nas normas e demonstram centralização da gestão por parte do MS, que se torna distante da realidade local onde o CEREST/MT encontra-se inserido. Desta maneira, as normas são esvaziadas de elementos constitutivos da ação comunicativa e se tornam sem efeito, na prática.

Os documentos demonstraram ainda que o CEREST/MT não se inclui na lista de instituições responsáveis por dar encaminhamento às denúncias de assédio moral.

Esse distanciamento entre o preconizado e o realizado traduz a transformação dos elementos que poderiam ter sido pactuados entre os níveis e que deram lugar à normalização das ações esvaziadas de conteúdo negociação e de entendimento necessários à ação comunicativa. Traduz ainda, a dificuldade do serviço em efetivar a intersetorialidade necessária ao campo e ações reconhecidamente de SMRT, como a participação em ações interdisciplinares de interesse da saúde e questões ligadas ao combate ao trabalho infantil, por exemplo.

Os reflexos desse distanciamento com a condução teórica e ideológica contidos nos documentos ministeriais puderam ser apreendidos na repostas que demonstraram a existência de várias concepções de trabalho, saúde mental e SMRT.

Essas concepções diversificadas apontam para o fato de que não há hegemonia em torno de uma concepção que possa ser considerada coletiva, mas de pensamentos e entendimentos pessoais e individuais.

Dessa maneira, apontam para a inexistência de uma concepção que pudesse nortear as ações institucionais em torno desse campo.

Com efeito, as concepções encontradas valorizam o processo de adoecimento passível de tratamento e logo, medicalizável, demonstrando também distanciamento da proposta da atenção psicossocial de valorização do sujeito e não da doença mental em si.

Para tanto, percebemos a necessidade ainda, desse serviço romper com ações individuais, centradas nas pessoas, não institucionalizadas e pouco convergentes com o tecnicamente preconizado e que, de alguma maneira, reflete o posicionamento ideológico e o politicamente indicado pelo campo da ST e da SMRT, já que os documentos de abrangência nacional traduzem também as expectativas de direitos dos trabalhadores debatidas e normalizadas institucionalmente, ainda que não tenham alcançado a sua plenitude.

Em especial, na esfera interna do SUS, é preciso avançar na interinstitucionalidade interna, ou seja, promover ações conjuntas entre os CERESTs e os serviços de saúde mental e concomitante na intersetorialidade das ações.

Ao se apoiar na lógica de saúde mental como capacidade de produção, foram encontradas situações que desresponsabilizam o serviço em ofertar serviços que empoderem os trabalhadores na efetivação de seus direitos, por meio de práticas de acolhimento que remetam ao cuidado em saúde. Ao contrário. A fragilidade técnica em algumas situações deixou a idéia de que trabalham em favor da manutenção das relações desiguais ao se constituírem em elementos que desencorajam os trabalhadores ao acesso a seus direitos trabalhistas, efetivando o trabalho precário.

Advém daí então, um impasse ético entre o preconizado técnica, política e assistencialmente e o que vem sendo realizado. Por outro lado, é necessário avançar também no sentido de reconhecer que juntamente com a fragilidade técnica encontrada, há fragilidade na condução para o desenvolvimento de ações.

Tal fragilidade pode esconder a importância destas questões na condução política e ideológica internamente no CEREST/MT, refletido pela própria condução da SES/MT, onde o poder político encontra-se majoritariamente nas mãos do empresariado, do agronegócio e da saúde, principalmente sendo percebida no não investimento financeiro em ações preventivas e de promoção e na organização do serviço e das equipes de saúde substanciada técnica e politicamente engajada para organizar a área de SMRT. Situações essas que nos desafiam na militância e também na realização de outros estudos.

8 REFERÊNCIAS

Antunes, R. Os sentidos do trabalho. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

Antunes, R. O caracol e sua concha. Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.

Antunes, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12 edição. São Paulo: Cortez, 2007.

Araújo, TM de. Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. *In* Gomez, CM; Machado, JMH; Pena, PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2011. p 325-343.

Athayde, M. Saúde “mental” e trabalho: questões para discussão no campo da saúde do trabalhador. *In* Gomez, CM; Machado, JMH; Pena, PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2011. p 345-368.

Basaglia, F. (1924). Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Amarante, P. (Org). Trad Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

Bernardo, MH; Seligmann-Silva, E; Maeno, M; Kato, M. Ainda sobre saúde mental do trabalhador. *Rev Bras de Saúde Ocupacioanl.* 2011;36(123):8-11.

Bernardo, MH, Garbin, ADC. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Rev Bras de Saúde Ocupacional.* 2011;36 (123): 103-117.

Bitencourt, DP; Ruas, AC; Maia PA. Análise da contribuição das variáveis meteorológicas no estresse térmico associada à morte de cortadores de cana-de-açúcar. *Cad. Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2012;28(1):65-74. Disponível

em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>. Acesso em 27 de janeiro de 2012.

Borges, L de O. As concepções de trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional. RAC. 1999;3(3):81-107.

Bottomore, T. Dicionário do Pensamento Marxista. Trabalho abstrato. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

Bouyer, GC. Contribuições da psicodinâmica do trabalho para o debate: “o mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador”. Rev Bras de Saúde Ocupacional. 2010;35(122):249-259.

Brandão, R. O vício das drogas no seio da polícia militar. Folha do Estado. 21 de out, 2012; Caderno Cidades:11.

Brant, LC; Gomez, CM. A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e saúde. In Gomez, CM; Machado, JMH; Pena, PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2011. p 385-408.

Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores. Relatório Final. 1986. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1a_conf_nac_saude_trabalhador.pdf> Acesso em 23 de janeiro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. 2ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador. Relatório Final. Divisão de Saúde do Trabalhador. 1994. 51 p. ilus. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0207cnst_relafinal.pdf>. Acesso em 20 de janeiro de 2012.

Brasil. Decreto nº 3048/99, de 07 de maio de 1999. Publicado no Diário Oficial da União de 07/05/1999. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm>. Acesso em 17 de janeiro de 2012. Brasília: 1999a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1339/GM de 19 de novembro de 1999. Dispõe sobre a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Publicada no Diário Oficial da União de 19/11/1999. Disponível em <<http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/portarias/Portaria%201339.doc>> Acesso em 17 de janeiro de 2012. Brasília: 1999b.

Brasil. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf> Acesso em 16 de janeiro de 2012. Brasília: 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 1.679/GM/MS de 20 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 21/09/2002. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em 10 de janeiro de 2012. Brasília: 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2ª Edição, Brasília: 2005a. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento3_CNGTES.pdf>. Acesso em 17 de janeiro de 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Ficha de investigação de doença relacionada ao trabalho. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. SINAN NET. SVS. Impresso em 27/09/2005. Disponível em <<http://www.saude.mt.gov.br/suvsa/arquivo/813/documentos>>. Brasília: 2005b

Brasil. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Atenção Integral à saúde do trabalhador. Manual de gestão e gerenciamento. Brasília, 2006. Disponível: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ManualRenast07.pdf>> Acesso em 27/01/2012. Brasília: 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Notificações estaduais por agravo, em 04/11/2009. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. SINAN. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/notificacoes_agravos_mt_0411_st_2009.pdf> Acesso em 20/12/2011. Brasília: 2009.

Brasil. Portaria 2728/2009/GM/MS de 11 de novembro de 2009. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador- RENAST no Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 12/11/2009b.

Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Divisão de Fiscalização para Erradicação do Trabalho Escravo-DETRAE-SIT/SRTE. Relatórios específicos de fiscalização para erradicação do trabalho escravo. Disponível em <http://portal.mte.gov.br/trab_escravo/resultados-das-operacoes-de-fiscalizacao-para-erradicacao-do-trabalho-escravo.htm> Acesso em 26/01/2012. Brasília: 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 104/GM/2011: define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Publicado no Diário Oficial da União em 26 de janeiro de 2011. Seção 1. Pag 37. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html> Acesso em 08/02/2013. Brasília: 2001b.

Brasil. Afastamentos na espécie auxílio doença acidentário entre os trabalhadores formais afastados com CID de transtorno mental. 2012. Disponível em <www.suibe/scripts10/dardoweb.cgi>. Acesso em 26/09/2012.

Camargo, DA. Aspectos periciais em saúde mental no trabalho e avaliação da capacidade mental para o trabalho. *In* Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010. p 81-97

Campos, RO; Gama, CA; Santos, DVD dos; Stefanello, S; Trapé, TL; Porto, K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2001;16(12):46-43.

Caprara, A; Landim, LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Comunicação, Saúde, Educação*. 2008;12(25):363-376.

Codo, W; Gazzotti, AA. Trabalho e afetividade. *In* Codo, W. (Coord.) Educação: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1999.

Dejours, C. A loucura do trabalho. Estudos de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1988.

Dejours, C; Abdoucheli, E; Jayet, C. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

Dejours, C. A banalização da injustiça social. Rio de Janeiro: Ed FGV, 1998.

Dejours, C. Entre o desespero e a esperança: como reencantar o trabalho? São Paulo: *Rev. CULT*. Ed Bregantini, 2009, Ano 12(139): 49-53.

Deslandes, SF; Gomes, R (Orgs). A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde. *In* Bosi, MLM; Mercado-Martinez, F. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

Dias, EC; Silva, TL e; Reis, JC; Campos, AS. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde o Trabalhador (RENAST). *In* Gomez, CM; Machado, JMH; Pena, PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2011. p.107-122.

Fernandes, JD; Melo, CMM; Gusmão, MCCM; Fernandes, J; Guimarães, A. Saúde mental e trabalho: significados e limites de modelos teóricos. *Rev Latino-am Enfermagem*. [série internet] 2006;14(5):803-811. Disponível em >http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0104.> Acesso em 07/02/2012.

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 de Saúde Ocupacional*. 2010;35(122):229-248.

Fukuda, CC; Garcia, KA; Amparo, DM do. Concepções de saúde mental a partir da análise do desenho do adolescente. *Estudos de Psic*. 2012;17(2):207-214.

Glina, DMR; Rocha, LE. Apresentação. *In Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010. p.VII- X.

Glina, DMR. Modelos teóricos de estresse e estresse no trabalho e repercussões na saúde do trabalhador. *In Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010. p.3-30.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Ed Guanabara. Koogansa. 1989.

Gomez, CM; Costa, SMFC. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Col*. 1999;4(2):411-421.

Gomez, CM; Lacaz, FAC. Saúde do trabalhador novas-velhas questões. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2005;10(4):797-807.

Gomez, CM. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transfigurações. *In Gomez, CM; Machado, JMH; Pena, PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2011. p23-34.

González Rey, F. Pesquisa qualitativa e subjetividade. Os processos de construção da informação. Trad Marcel Aristides Ferra da Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

Goulart, BF; Freitas, MIF. A implicação de trabalhadores de ambulatórios municipais, em Uberaba, Minas Gerais, Brasil, na reorganização de serviços preconizada pelo Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(9):2123-2130.

HABERMAS, J. Consciência moral e agir comunicativo. Tradução Guido A. Almeida. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.

IBGE. Pesquisa Nacional por amostra de domicílios- Caracterização da vitimização e do acesso à justiça no Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/>. Acesso em 25/12/2012.

Jacques, MGC. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. *Psicologia e sociedade*. 2003;15(1):97-116.

Jardim, SR; Ramos, A; Glina, DMR. Diagnóstico e nexos com o trabalho. *In Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010. p.49-80.

Joanoni, NV. Fronteiras da crença: ocupação do norte de Mato Grosso após 1970. Cuiabá: EdUFMT, 2007.

Laurell, AC; Noriega, M. Processo de produção de saúde. Trabalho e desgaste operário. Trad Cohn. A; Pitta-Hoisel, A; Paraguay, AI; Barbosa, LH. São Paulo: HUCITEC, 1989.

Lancman, S; Toldrá, RC; Santos, MC. Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho. *In Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática*. São Paulo: Roca, 2010. p.98-112.

Lima, SM. Produção de conhecimento sobre a tríade saúde, trabalho e subjetividade. *In Gomez, CM; Machado, JMH; Pena, PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2011. p315-324.

Machado, JMH; Assunção, AA. (Org). Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde. Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012.

Maia, RL. (Coord). Dicionário de sociologia. Porto. Portugal: Porto Editora, 2002.

Maidana, S. La dimensión ética del trabajo. *Texto e Contexto Enferm*. 2005;14(1):58-64.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Relatório de Gestão 2007. Documento interno, 2007.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Relatório de Gestão 2008. Documento interno, 2008.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Relatório de Gestão 2009. Documento interno, 2009.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Plano de Trabalho Anual 2010. Documento interno, 2010a.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Procedimentos para o Plano de Trabalho Anual 2010. Saúde do Trabalhador. Documento interno, 2010b.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Relatório de Gestão 2010. Documento interno, 2010c.

Mato Grosso. Boletim de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Ano 1, n1. Cuiabá: Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso, 2011a.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde.[Acesso em 02 de julho de 2011]. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/suvsu/cerest.php>. 2011b. >

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Plano de Trabalho Anual 2011. Saúde do Trabalhador. Documento interno, 2011c.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Panfleto: Agravos à saúde do trabalhador. Sistema de Informação de agravos de Notificação-SINAN. Impresso IOMAT: 08/2011/SES, 2011d.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Panfleto: Assédio moral no Trabalho. Impresso IOMAT: 08/2011/SES, 2011e.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de saúde. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Diretrizes e programação anual da saúde 2012. Documento interno, 2012a.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Instrutivo dos indicadores monitorados 2012/2013. Documento interno, 2012b.

Mato Grosso. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Coordenadoria de saúde do trabalhador. Rede sentinela em saúde do trabalhador: Centros de Atenção Psicossocial pactuados em Mato Grosso. Documento interno, 2012c.

Mato Grosso. Relação de CAPS de Mato Grosso 2012. Disponível em <<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/capsmatogrosso.php>. > Acesso em 18 de outubro de 2012 as 08:17 min. 2012d.

Martins, PF; Sobrinho, CLN; Silva, MV; Pereira, NB; Gonçalves, CM; Rebouças, BS; Cartaxo, LA de. Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde de um hospital público do estado da Bahia. *Rev Bras de Saúde Ocupacional*. 2009;34(120):172-178.

Mendes-Gonçalves, RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.

Mendes, R; Dias, EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública*. 1991;25(5):341-349.

Mercado-Martinez, F; Bosi, MLM. Introdução. Notas para um debate. *In* Bosi, MLM; Mercado-Martinez, F. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

Minayo, MC de S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª Ed. São Paulo: Ed HUCITEC, 2007.

Mota, VA. Uso de álcool e alcoolismo e fatores associados entre servidores públicos universitários. [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, 2011.

Neves, MY; Selligman-Silva, E; Athayde, M. Saúde Mental e Trabalho: um campo de estudo em construção. *In* Araújo, A; Alberto, M de F; Neves, MY, Athayde, M. (Org). Cenários do trabalho: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. Pag 19-49.

Nobre, LC da C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(4):963-971.

Oliveira, AGB de; Alessi, NP. Superando o manicômio?: desafios na construção da reforma psiquiátrica. Cuiabá: EdUFMT, 2005.

Oliveira, AGB de; Marcon, SR. Modelo médico-psiquiátrico e psicossocial: implicações para o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental. *In* Oliveira, AGB de; Corrêa, AC de P. *et al* (Org). Ensino de enfermagem: temas e estratégias interdisciplinares. Coleção coletânea tecnologias em saúde e enfermagem, v.4. Cuiabá: EdUFMT, 2006a.

Oliveira, AGB de; Marcon, SR. A avaliação do estado mental: um recurso tecnológico para a assistência de enfermagem em saúde mental. *In* Oliveira AGB de; Reiners, AAO. *et al* (org). Ensino de enfermagem: temas e estratégias interdisciplinares. Coleção coletânea tecnologias em saúde e enfermagem, v.5. Cuiabá: EdUFMT, 2006b.

Oliveira, AGB; Terzian, ACC; Luchese, R; Conciani, ME; Ataide, IFC. Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos CAPS de MT: Relatório de pesquisa. PRATICAPS-MT/CNPq. Cuiabá, 2008.

Oliveira, AGB; Conciani, ME. Assistência à saúde mental em hospital geral universitário: Relatório de pesquisa. SAMEGE/CNPq. Cuiabá, 2011.

[OMS] Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à Saúde: 10ª revisão, 1995. São Paulo/ SP, 1995.

Paparelli, R; Sato, L; Oliveira, F de. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais de saúde. *Rev Bras de Saúde Ocupacional*. 2011;36(123): 118-127.

Ramminger, T; Brito, JC. O trabalho em saúde mental: uma análise preliminar relativa à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos. *Rev Bras de Saúde Ocupacional*. 2008;33(117):36-49.

REESE-SCHÄFER, W. Compreender Habermas. Tradução Vilmar Schneider. 4 ed. Petrópolis/ RJ: Vozes, 2012.

Rivera, FJU. Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico). Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 1995.

Rodrigues, C. Problemas psicológicos afastam professores. *A gazeta*. 1 de jun de 2012; Seção 3b.

Rodrigues, CR; Figueiredo, MA de C. Concepções sobre a doença mental em profissional, usuários e familiares. *Rev Estudos de Psicologia*. 2003;8(1):117-125.

Sallerno, VL; Silvestre, MP; Sabino, MO. Interfaces LER/saúde mental: a experiência de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do estado de São Paulo. *Rev Bras de Saúde Ocupacional*. 2011;36(123):128-138.

Santos, AP; Lacaz, FAC. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. *In* Gomez, CM; Machado, JMH; Pena, PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2011. p 87-105.

Sato, L; Bernardo, MH. Saúde Mental e trabalho: os problemas que persistem. *Rev. Ciência & Saúde Col*. 2005;10(4):869-878.

Scarcelli, IR; Alencar, SL de S. Saúde mental e saúde coletiva: intersectorialidade e participação em debate. Cad. Bras. Saúde Mental. 2009;1(1):1-9.

Schraiber, LB; Peduzzi, M; Sala, A; Nemes, MIB; Catanheira, ERL; Kon, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. Rev. Ciência & Saúde Coletiva. 1999;4(2):221-242.

Seligmann-Silva, E. Desgaste Mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: Ed UFRJ/Cortez Ed. 1994.

Seligmann-Silva, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. Cad Saúde Pub. 1997;13(supl 2):95-109.

Seligmann-Silva, E. Saúde mental no trabalho contemporâneo. In: Congresso de *Stress* da *International Stress Management Association* (ISMA-BR). 2009, Porto Alegre.

Seligmann-Silva, E; Bernardo MH; Maeno, M; Kato, M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. Rev Bras de Saúde Ocupacional. 2010;35 (122):187-191.

Seligmann-Silva, E. Notas introdutórias. In Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. Seligmann-Silva, E. São Paulo: Cortez, 2011. Pag 23-26.

Silva, GGJ; Souza, MLP de; Júnior, EG, Canêo, LC; Lunardelli, MCF. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. Rev Bras de Saúde Ocupacional. 2009;34 (119):79-87.

Souza, DPO; Silveira Filho, DX da. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. Rev Bras Epidemiol, 2007; 10(2):276-87.

Terzian, ACC; Conciani, ME; Oliveira, AGB. CAPS, Migração e saúde mental: Dados preliminares do Projeto PRATICAPS-MT. Resumo expandido. Anais do X Congresso Latino Americano de Medicina Social, IV Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, XIV Congress of the international associaton of Health policy. Salvador. 2007(1).

Torre, EH; Amarante, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*. 2001;6(1):73-85.

Uchôa, E; Vidal, JM. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saúde Públ*. 1994;10(4):497-504. 1994.

Valla, VV; Guimarães, MB; Lacerda, A. Religiosidade, apoio social e cuidado integral a saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. *In* Pinheiro, R; Mattos, RA. (Org). Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

Vasconcelos, EM. Educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cad Saúde Públ*. 1998;14(?):39-57.

Vasconcelos, E.M. Karl Marx e a subjetividade humana. A trajetória da idéias e conceitos nos textos teóricos. Vol I. São Paulo: Ed HUCITEC, 2010.

Vasconcellos, LCF de. Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado. [Tese de doutorado] Rio de Janeiro: ENSP; 2007.

Vasconcellos LCF; Machado JMH. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado. *In* Gomez, CM; Machado, JMH; Pena, PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ, 2011. p 37-65

Vilela, RAG; Filho, JMJ. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. *Rev Bras de Saúde Ocupacional*. 2010;35(121):289-302.

Pires, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. *In* Leopardi, MT *et al*. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Ed. Papa-livros, 1999.

Farias, AFMR. Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família de Campina Grande. Dissertação de Mestrado/UEPB, 2005.

Castelhano, LM. O medo do desemprego e a(s) nova(s) organizações de trabalho. Rev Psicol. Soc. 2005;17(1):14-20..

APÊNDICE 1 ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

- Como os trabalhadores do CEREST/MT se envolvem no cotidiano do trabalho:
 1. Individual ou coletivamente?
 2. São propositivos?
 3. De que maneira fazem a crítica ao que produzem?
 4. Como se relacionam com o nível central (SES), com as unidades regionais do CEREST, com as unidades sentinelas e com as outras instituições (Ministérios do Trabalho, Sindicatos, Associações, INSS, etc)
 - 4.1- Subordinação/Dependência?
 - 4.2- Autonomia?
 - 4.3- Como fazem a articulação entre o técnico e o político?
 - 4.3.1- Participam do processo de gestão?
 - 4.3.2- Participam de conselhos de classe? De Saúde? De políticas públicas?
- Que documentos mencionam saúde mental e trabalho? Que elementos/conteúdos trazem?
- Como os trabalhadores agem diante de demandas da saúde mental e trabalho?
Encaminham? Recebem? Acolhem? Discutem? Não percebem?
- Como se constitui o ambiente de trabalho no CEREST/MT?
 - Instalações
 - Distribuição e ocupação do espaço físico
 - Como se dão as relações entre colegas e chefias?
 - Como é o processo de comunicação?

APÊNDICE 2
ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

- Concepção de Trabalho
- Concepção de Saúde Mental
- Concepção de saúde Mental Relacionada ao Trabalho
- A SMRT faz parte do seu processo de trabalho? Como?
- Já entrou em contato com situações dessa natureza? Lembra-se como foi? Teria condições de relatar? De que maneira reagiu diante da situação? Como se sentiu?
- Acredita que o seu processo de trabalho como está organizado possibilita reconhecer a relação saúde mental e trabalho?

APÊNDICE 3
Dados sócio demográficos

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: ____ anos

Estado civil: () Casado () Solteiro () Separado () Viúvo

Formação profissional: _____

Pós graduação: _____

Formação/Capacitação em saúde mental e trabalho () Sim. Qual? _____

() Não

Vínculo institucional: () SES MT () SMS-Cuiabá () Outro Qual? _____

Tipo de vínculo: () Efetivo () Temporário

Tempo de trabalho: No SUS: _____ anos

Com saúde do trabalhador: ____ anos

No CEREST/MT: _____ anos

Carga horária semanal no CEREST/MT _____

Trabalha em outro local: () Sim () Não

Onde? _____ Carga horária semanal: _____

Salário mensal: R\$ _____

APÊNDICE 4
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, da pesquisa Percepção da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho no Centro Estadual de Referência de Saúde do Trabalhador de Mato Grosso (CEREST/MT). Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não terá nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que trabalha. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller- UFMT- pelo telefone 3615-8254 (Prof. Shirley F. Pereira - coordenadora). O objetivo deste estudo é identificar a percepção dos sujeitos envolvidos no trabalho no CEREST/MT sobre SMRT.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de entrevistas individual e grupal. Não existem riscos relacionados com sua participação na pesquisa. Os benefícios consistem em contribuir para o aprimoramento da política de saúde do trabalhador do SUS. Os dados referentes à sua pessoa serão confidenciais e garantimos o sigilo de sua participação durante toda pesquisa, inclusive na divulgação da mesma que não o identificará. Você receberá uma cópia desse termo com o nome e telefone do responsável do projeto, (Marta Ester Conciani, 9915 0845), e telefone do Núcleo de Estudos Ambientais e em Saúde do Trabalhador-ISC-UFMT (3615-8897), para que você possa localizá-lo em qualquer tempo.

Considerando os dados acima, **CONFIRMO** ter sido informado por escrito e verbalmente dos objetivos desta pesquisa e **CONCORDO** em participar. Eu.....,idade:.....sexo:....., Naturalidade:.....portador(a) do RG :..... declaro que entendi os objetivos, os benefícios e a ausência de riscos com a minha participação nesta pesquisa e concordo em participar.

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador principal:

Cuiabá, ___ de _____ de 2011.

APÊNDICE 5
ORÇAMENTO DA PESQUISA

QUADRO 1: Orçamento da pesquisa Aspectos da saúde mental relacionada ao trabalho no Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador de Mato Grosso.

Item	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor unitário	Valor total	Origem do recurso
1	Fitas cassete	20	Unidades	6,00	120,00	P E S Q U I S A D O R A
2	Transcrição das entrevistas	20	Horas	70,00	140,00	
3	Combustível para traslado da pesquisadora	80	Litros	2,00	160,00	
4	Papel A4	05	Resmas	15,00	75,00	
5	Encadernação capa dura	06	Unidades	10,00	60,00	
6	Pilhas para gravador portátil	06	Cartelas	4,00	24,00	
<i>Sub total pesquisadora</i>					579,00	
7	Passagens aéreas para traslado do professor da banca de defesa	01 ida/volta	-	1.000,00	1.000,00	ISC/UFMT
<i>Sub total ISC/UFMT</i>					1.000,00	-
TOTAL					1.579,00	-

ANEXO 1

ANEXO 2