

Análise das políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: uma proposta de articulação

Analysis of occupation health and mental health policies: a proposal of articulation

Karine Vanessa Perez¹, Carla Garcia Bottega², Álvaro Roberto Crespo Merlo³

RESUMO Este estudo busca desenvolver uma análise a respeito de legislações do Ministério da Saúde, tendo como foco o acolhimento ao trabalhador-usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente relativo à saúde mental. Metodologicamente, desenvolveu-se uma análise documental, com leitura, discussão e comparação de objetivos e ações envolvendo as portarias relativas à assistência em saúde mental e à Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora e ainda sobre a Lei nº 10.216. Foi possível perceber que a articulação de tais documentos acontece de um modo bastante tênue, dificultando o acolhimento integral aos usuários em sofrimento psíquico ocasionado pelo trabalho.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do trabalhador. Saúde mental. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT *This study aimed to develop an analysis concerning the Ministry of Health laws that focus on the reception of the worker-user of the Unified Health System (SUS), especially regarding mental health. Methodologically, a documentary analysis was developed, with reading, discussion and comparison of objectives and actions involving the bylaws related to mental health care and to the National Policy for Occupational Health as well as the Law No. 10.216. It could be perceived that the articulation between those documents happens in a very tenuous way, making it difficult to fully embrace the user under work-related mental distress.*

KEYWORDS Occupational health. Mental health. Unified Health System.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc) – Santa Cruz do Sul (RS), Brasil. karinevanessaperez@gmail.com

²Universidade Estadual do Rio Grande do Sul (UERGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. carlabott@terra.com.br

³Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – Porto Alegre (RS), Brasil. merlo@ufrgs.br

Introdução

Este artigo pretende analisar as portarias do Ministério da Saúde (MS) no que diz respeito ao acolhimento ao trabalhador-usuário do Sistema Único de Saúde (SUS), buscando articular os temas saúde do trabalhador e saúde mental. Como base da discussão, serão abordadas, principalmente, a Portaria GM/MS nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, que tem como proposta instituir a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), e a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que se propõe a instituir a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades devidas ao uso de *crack*, álcool e outras drogas no contexto do SUS. Além disso, será abordada a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Esses são documentos que orientam as práticas propostas pelo SUS relacionadas com a saúde do trabalhador e saúde mental. Apesar de possuírem vários objetivos, a proposta, nesse momento, é dar ênfase aos fatores referentes ao acolhimento dos trabalhadores em sofrimento psíquico, articulando as proposições das políticas citadas. Aqui tem-se o intuito de focar no fazer dos profissionais da saúde e sua relação com o trabalhador-usuário, especialmente pensando no cuidado e nas ações e encaminhamentos em saúde mental relacionando o sofrimento desencadeado pelo trabalho. Ainda nesta escrita, foram utilizados outros materiais acessórios que se consideram importantes para embasar a discussão, como documentos da Organização Internacional do Trabalho (OIT), leis e decretos nacionais que regulamentam as atividades ligadas à saúde do trabalhador e saúde mental.

Diante desta breve apresentação, é importante questionar: mas por que a necessidade de articular políticas públicas de saúde

existentes e que, pelo menos em teoria, já deviam atender às demandas aqui colocadas? Por que falar de algo que deveria ser de conhecimento dos profissionais e usuários há pelo menos quatro anos?

As experiências como pesquisadores e profissionais em saúde mental e trabalho têm mostrado que muitas pessoas que sofrem em função de sua profissão e têm manifestado diversos sintomas e, até mesmo, adoecimento psíquico não têm encontrado acolhimento de ‘sua dor’ nos serviços de saúde do SUS. Suas falas, seus relatos e suas vidas no trabalho não têm sido um tema comumente escutado pelos profissionais que atuam na saúde mental e do trabalhador nos serviços públicos de saúde.

Para embasar esta discussão, faz-se necessário ressaltar a importância do trabalho como fator constituinte do humano, daquilo que os caracteriza e os torna quem são. Desse modo, enfatiza-se o papel do trabalho como fundamental para a identidade e subjetividade do sujeito contemporâneo. Isso também remete à ideia de interligação entre identidade e saúde mental, já que, quando a identidade está abalada, há dúvidas importantes sobre quem se é, e a saúde mental, como consequência, é afetada negativamente (DEJOURS, 2004).

No contexto atual do mundo do trabalho, tem-se visto uma tendência dos novos modelos de gestão no sentido de capturar a subjetividade dos trabalhadores, incorporando-a aos valores do capitalismo como nunca visto em outros tempos. Nesse sentido, o ser, narcisicamente, materializa-se e existe a partir da lógica individualista e do consumo (BAUMAN, 2009). A identidade acaba colada ao que se produz e ao que se consome: eu sou aquilo que eu faço, logo se eu tenho um trabalho que me proporciona *status* social, sou importante, especial. Outro pensamento que pode ser citado no que se refere ao sujeito contemporâneo diz eu sou aquilo que eu consumo, então se eu adquiro produtos caros e raros, também posso ser considerada uma pessoa que apresenta um valor diferenciado

dos demais. Essas são observações relativas ao cotidiano e ao sujeito contemporâneo. Representa uma forma de se colocar no mundo atualmente, o que muitas vezes não aparece de modo consciente.

Sendo assim, adentrando as fronteiras da identidade, quando o trabalho diz quem se é, a saúde mental, como consequência, é, em muitos casos, prejudicada. Assim percebe-se a tênue linha que liga a identidade e a dimensão psíquica ao trabalho, justificando a necessidade de um olhar integrador entre as políticas e práticas de saúde mental e saúde do trabalhador.

Percebe-se, então, a necessidade de problematizar a relação entre as políticas de saúde do trabalhador e de saúde mental. Esses são temas da vida cotidiana indissociáveis, na medida em que o trabalho vem adoecendo psiquicamente um número cada vez maior de trabalhadores e trabalhadoras em função das novas modulações do capitalismo e exigências atuais dos novos modelos de gestão e produção.

Trabalho e saúde nas políticas públicas

Para embasar o que se pretende discutir neste texto, é importante recorrer a fatos históricos que são significativos no percurso da construção das políticas públicas de saúde no Brasil. Por isso, o contexto da saúde pública do País será apresentado em linhas gerais.

Historicamente, as políticas nacionais de saúde mostraram-se ineficazes e ineficientes para enfrentarem as reais necessidades da população. A cronicidade dessa situação levou à organização e consequente implementação da Reforma Sanitária. Essa Reforma, que teve momentos distintos, diversos atores sociais e movimentos, culminou com a proposta do SUS, consolidada a partir da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a Lei nº 8.080 e a Lei nº 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990A; BRASIL, 1990B).

Todavia, para chegar ao SUS que se conhece hoje, muitas lutas sociais foram necessárias. A sua atual configuração decorreu de um processo que se elaborou ao longo dos anos, em que diversas concepções sobre as políticas de saúde e diferentes ideologias estavam envolvidas.

Somente no início do século XX vão acontecer algumas ações sanitárias do Estado, porém, estrategicamente situadas em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro, zonas de produção do café e portuárias. Nessa época, não havia uma política de saúde de âmbito nacional, mas sim para o atendimento médico individual (ROCHA; NUNES, 1993).

Nesse mesmo período, as Santas Casas de Misericórdia eram as responsáveis pela assistência individual, e algumas empresas tinham um atendimento médico também individual de base curativa (ROCHA; NUNES, 1993). Entretanto, é somente a partir da década de 1920 que se cria uma ação de base nacional, com a Reforma Administrativa e a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Este órgão tinha o objetivo de reorganizar os serviços comunitários do País atribuindo à União a competência pela promoção desses serviços em todo o território nacional (FIOCRUZ, 2012).

O marco do início das políticas públicas data do governo Vargas (1930-1945), voltadas para as questões trabalhistas. Tem-se um período industrial, com a expansão do consumo a partir do mercado interno, principalmente na década de 1940 (ROCHA; NUNES, 1993). Ramminger e Nardi (2007) consideram que o sistema de saúde brasileiro se desenvolveu tendo como foco a assistência à saúde dos trabalhadores urbanos – durante longo período no País, só tinham direito à assistência à saúde as pessoas que estivessem legalmente empregadas. Essa preocupação com a ‘manutenção do corpo que trabalha’ já estava presente na época da escravidão.

A Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) é criada somente em 1943, e “[...] reúne a legislação relacionada com a organização sindical, a previdência social, a proteção ao trabalhador e a justiça do trabalho” (ROCHA;

NUNES, 1993, p. 106). No entanto, é apenas em 1978 que a CLT, em seu Capítulo V, apresenta as Normas Regulamentadoras de Segurança e Medicina do Trabalho. Estas sofrerão modificações de acordo com os tensionamentos futuros, mas voltadas aos trabalhadores celetistas (RAMMINGER; NARDI, 2007).

Nos anos de 1945 até 1964, passa-se, no Brasil, por um crescimento na industrialização. Nesse mesmo período,

[...] grande parte dos sindicatos, sob a democracia populista, concentravam-se na discussão de uma política nacional, submetendo as questões específicas como, por exemplo, os problemas de saúde, a uma negociação direta com o Estado. (ROCHA; NUNES, 1993, p. 110).

O MS só foi instituído formalmente em 1953 (BERTOLI FILHO, 2008). Entretanto, é somente no início dos anos 1960 que os sanitaristas começam realmente a formular propostas para os serviços de saúde e a realidade do Brasil. Para Paim (2012, p. 9), a expressão 'reforma sanitária' vai aparecer no País em 1973. Antes disso (anos 1950 e 1960), a terminologia usada era diversa: "Naquela época e em alguns círculos restritos chegava-se a falar em socialização da medicina ou medicina socializada" (PAIM, 2012, p. 9).

Em comparação ao Brasil, no cenário mundial a OIT, criada no ano de 1919, surge para regular questões relativas ao trabalho em nível global. A Convenção nº 161, que aborda os Serviços de Saúde do Trabalho, foi aprovada na LXXI Reunião da Conferência Internacional do Trabalho em Genebra, Suíça, no ano de 1985, porém entrou em vigor no plano internacional em 17 de fevereiro de 1988, sendo que, no Brasil, a vigência teve início a partir de 22 de maio de 1991. Tal convenção afirma que a proteção dos trabalhadores em relação às doenças laborais e em geral, e ainda contra os acidentes de trabalho, é uma das tarefas da OIT (OIT, 1991).

A promulgação da Convenção nº 135, da OIT, sobre a Proteção de Representantes de

Trabalhadores por meio do Decreto nº 131, de 22 de maio de 1991, refere que o Brasil se compromete em executar e cumprir aquilo que nela está disposto. Isso diz respeito a diversas medidas que devem ser adotadas pelas empresas em relação à proteção daqueles que representam, de diferentes modos, os trabalhadores das empresas, o que envolve especialmente as atividades sindicais. Esse amparo deve ser eficiente buscando proteger os trabalhadores representantes de quaisquer ações que possam vir a prejudicá-los, desde que estes ajam conforme as leis e convenções coletivas (BRASIL, 1991).

Mesmo com alguns marcos importantes na formulação da Política Nacional de Saúde, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1963, é a partir da reforma administrativa de 1967 que o MS "[...] seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel" (BRASIL, 2012, p. 2).

Dando seguimento aos marcos históricos, um importante destaque é dado ao conteúdo da Constituição Federal. Nela, fica definido que é dever do Estado a garantia de saúde da população, conforme art. 196., "[...] que, ao mencionar a saúde do trabalhador e o ambiente do trabalho, o faz expressamente no capítulo do direito à saúde" (RAMMINGER; NARDI, 2007). Assim como no art. 200. estão descritas as competências do SUS que ganhou corpo quando aprovada a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, em 1990, e alguns meses após, a Lei nº 8.142 (BRASIL, 2012). O SUS tem como princípios a universalidade, equidade e integralidade, sua organização se dá de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população, com serviços e ações em complexidade crescente.

Por outro lado, Aguiar e Vasconcellos (2015) afirmam que mesmo que a saúde do trabalho tenha sido normatizada pelo SUS por meio de suas políticas de saúde, a maneira como foi e tem sido a tentativa de implementação demonstra uma intenção operativa de pouca relevância, não conseguindo transformar o

contexto do adoecimento provocado pelo trabalho. Esses autores citam que, desde pelo menos 1988, com a promulgação da Constituição Federal, a saúde dos trabalhadores passou a ser uma preocupação, em tese, daqueles que elaboram políticas públicas no País.

Na legislação que regula o SUS, está incluída a execução de ações de saúde do trabalhador, não sendo mais atribuição do Ministério do Trabalho e Emprego nem do Ministério da Previdência Social. Ainda que, à época, as questões relacionadas com as doenças profissionais e acidentes de trabalho tivessem destaque nas ações de saúde do trabalhador,

[...] percebemos que o cruzamento do discurso da Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental aparece de forma incipiente na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, fortalecendo-se a partir da II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, sobretudo por influência de profissionais ligados às universidades. (RAMMINGER; NARDI, 2007, P. 11).

As Conferências Nacionais aconteceram, respectivamente, em 1986 e 1994. Contudo, é em setembro de 2002 que a iniciativa específica voltada para a saúde do trabalhador, com diretrizes e estratégias, vai se dar com a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast). Na sua proposta de atenção integral, estão os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) (RAMMINGER; NARDI, 2007).

Para compreender como se chega ao momento atual de regulação e no advento da IV Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (CNST), em dezembro de 2014, é importante retomar alguns aspectos que constituem a Política de Saúde do Trabalhador como política pública no Brasil. Vale ressaltar que tal conferência teve como tema central a 'Saúde do trabalhador e da trabalhadora, direito de todos e todas e dever do estado' que orientou as discussões em todas as etapas, e, como eixo central, a

implementação da própria política nacional.

De acordo com o relatório final (BRASIL, 2015), a IV CNSTT foi realizada em Brasília, de 15 a 18 de dezembro de 2014. Teve a participação de 991 delegados(as), 56 convidados(as), 33 palestrantes, 52 entre coordenadores e relatores dos grupos de trabalhos, 37 representantes das comissões, 12 acompanhantes das pessoas com deficiência e 218 pessoas da equipe de apoio, totalizando 1.399 participantes. Os delegados aprovaram 219 propostas, 63 moções de âmbito nacional, apresentadas e aprovadas nas etapas estaduais, e 56 moções apresentadas e aprovadas na etapa nacional. Esse material foi sistematizado e organizado por comissões integradas pelas organizações participantes para ser usado como subsídio para a XV Conferência Nacional de Saúde, em dezembro de 2015.

Desse modo, percebe-se o percurso dos movimentos sociais e iniciativas de construir a saúde do trabalhador no Brasil como uma política pública de saúde. Assim se mostrou o histórico das lutas que culmina na implantação da PNSTT.

Políticas de saúde do trabalhador e saúde mental: é possível uma articulação?

A PNSTT afirma que deve estar alinhada com as demais políticas de saúde do SUS e considera fundamental a noção de transversalidade das ações em saúde do trabalhador, sendo o trabalho um determinante da saúde e da doença dos sujeitos. Nesse sentido, um dos objetivos da política é:

[...] incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-a nas análises de situação de saúde e nas ações de promoção em saúde. (BRASIL, 2012).

Além disso, em consonância com as

diretrizes do SUS (BRASIL, 1990A), a PNSTT tem como objetivo definir os princípios, as diretrizes e as estratégias que devem ser colocadas em prática nas três esferas de gestão. Salienta que essa proposta se volta para o desenvolvimento integral da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras, com ênfase na vigilância, com o intuito de promover e proteger a saúde daqueles que trabalham. Além disso, visa à redução de mortes e doenças relacionadas com o trabalho por meio de ações que incluem promoção, vigilância, diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores (BRASIL, 2012).

Assim, entende-se que a saúde mental está incluída quando a política se refere à saúde integral dos trabalhadores e trabalhadoras, mesmo não sendo diretamente nomeada. Outra observação importante é a citação do objetivo de reduzir as doenças relacionadas com o trabalho, sendo que, entre elas, pode-se citar o adoecimento psíquico que, segundo a Previdência Social, vem incapacitando mais pessoas para o trabalho do que as doenças ditas orgânicas. Conforme dados de 2014, os transtornos mentais e comportamentais foram a terceira principal causa de concessão do auxílio doença, sendo justificada a incapacidade laborativa (BRASIL, 2016).

A proposta da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito SUS (BRASIL, 2011B). Sabe-se que pelo menos nos últimos 10 anos, com a aprovação da Política Nacional sobre Drogas em 27 de outubro de 2005, o MS vem investindo fortemente em políticas relativas ao uso de *crack*, álcool e outras drogas, por essa razão, aparece explicitamente nomeada a importância da atuação nesse âmbito. Todavia, as pessoas que apresentam sofrimento e adoecimento psíquico de modo geral também são claramente citadas (SÃO PAULO, 2005). Nesse sentido, pode-se entender a inclusão do

sofrimento psíquico desenvolvido no contexto do trabalho. Ademais, pode-se dizer que o uso de substâncias psicoativas pode estar diretamente relacionado com o sofrimento e adoecimento relativo ao trabalho, como mostram os estudos de Gavaraghi *et al.* (2016) com bancários, e a pesquisa de Martins e Zeitoune (2007) que investigou os trabalhadores da enfermagem.

É relevante dizer que a Raps é constituída por diversas ações e serviços de saúde do SUS: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. Isso quer dizer que todos os eixos da rede de saúde devem estar envolvidos no cuidado da saúde mental (e trabalho) (BRASIL, 2011B).

Citando o § 1º do art. 6º da portaria que institui a Raps, a Unidade Básica de Saúde (UBS), que está inserida na atenção básica,

[...] tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (BRASIL, 2011A).

Isso demonstra o caráter essencial do fazer das Unidades Básicas de Saúde (UBSs) já que estas são 'porta de entrada' do SUS no que diz respeito à promoção de saúde, prevenção e cuidado. Inclui também as questões psíquicas, já que se referem aos serviços responsáveis pelo atendimento inicial de saúde aos usuários do SUS, conforme explicitado no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011A).

Já os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são serviços especializados que atuam de maneira interdisciplinar atendendo pessoas com transtornos mentais graves

e persistentes, bem como as pessoas com necessidades devido ao uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011B). Desse modo, poder-se-iam citar os casos que envolvem pessoas com sofrimento psíquico intenso e persistentes relacionados com o trabalho e que, muitas vezes, apresentam transtornos como depressão, ansiedade e *burnout*¹, não sendo raros episódios de ideação suicida e tentativas de suicídio, o que se adequaria ao que está proposto no texto da Portaria referente à Raps.

No Parágrafo único do art. 2º da Lei nº 10.216, no qual são listados os direitos das pessoas com transtornos mentais, afirma-se que é um direito “ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades” (BRASIL, 2001), ou seja, que o acolhimento no campo da saúde mental deve ser adequado àquele que se encontra em sofrimento.

Nesse sentido, pode-se compreender que quando um trabalhador está adoecido psicologicamente em função de seu trabalho, essa situação deve ser avaliada e, desse modo, ressaltada no percurso do tratamento. Isso muitas vezes está relacionado com a articulação em rede não só de saúde, mas também de assistência social e jurídica, além de outros encaminhamentos a demais serviços de uma rede ampliada. Por exemplo, em um caso de assédio moral, sindicatos e o Ministério Público do Trabalho podem ser acionados entre outros órgãos ligados à garantia de direitos e proteção desse sujeito.

A PNSTT é inclusiva quando se direciona a todos os trabalhadores, sejam homens ou mulheres, da zona urbana ou rural, formais ou informais, da esfera pública ou privada. Assalariados, autônomos, avulsos, cooperativados, aprendizes, temporários, estagiários, domésticos, aposentados ou desempregados são sujeitos da política em questão (BRASIL, 2012). Do mesmo modo, a Lei nº 10.216 assegura os direitos das pessoas com transtornos mentais sem que também haja qualquer discriminação ligada à raça, cor, sexo, orientação

sexual, religião, orientação política, idade, família, classe social, bem como grau de gravidade e/ou evolução do adoecimento (BRASIL, 2001). Segue assim os princípios defendidos pelo SUS (BRASIL, 1990A) em concordância com os demais documentos já citados.

A PNSTT enfatiza também que, assim como as demais políticas de saúde, considera a transversalidade das ações de saúde do trabalhador, vislumbrando o trabalho como um importante determinante no processo de saúde-adoecimento. O reconhecimento, pelo MS, do trabalho como um fator decisivo no adoecimento dos trabalhadores representa um importante marco na saúde do trabalhador, pois mostra claramente que o questionamento sobre o trabalho deve ser incluído no atendimento aos usuários do SUS, independentemente de qual serviço estes estejam buscando o cuidado em saúde. Em consonância com essa afirmação, a Raps coloca como uma das diretrizes básicas o reconhecimento dos determinantes sociais na produção de saúde, sendo que aí se pode citar o trabalho com um dos fundamentais fatores (BRASIL, 2011B).

Isso está de acordo com um dos objetivos da PNSTT que se refere a:

[...] assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde. (BRASIL, 2012).

A PNSTT orienta que deve haver uma articulação entre “[...] o conhecimento técnico e os saberes, experiências e subjetividade dos trabalhadores e destes com as respectivas práticas institucionais” (BRASIL, 2012). Desse modo, afirma que, para que seja possível essa e outras articulações citadas na referida política, fazem-se necessárias mudanças cruciais nos processos de trabalho no campo da saúde, bem como na organização da rede

¹ No Brasil conhecida como Síndrome do Esgotamento Profissional.

e na atuação dos profissionais que a compõe para que seja possível dar conta da complexa relação entre saúde e trabalho.

Seguindo essa linha, pode-se citar um dos objetivos da PNSTT que é

[...] ampliar o entendimento de que a saúde do trabalhador deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção. (BRASIL, 2012).

O que se tem percebido, porém, no cotidiano dos processos que envolvem ações em saúde do trabalhador é que essa política ainda se encontra em processo de implementação, principalmente com vistas ao cuidado em saúde mental.

De acordo com essa proposta, está também uma das diretrizes que garantem o bom funcionamento da Raps que afirma a importância de garantir o acesso e qualidade dos serviços que devem oferecer cuidado integral e interdisciplinar, em que os diversos saberes em saúde devem ser complementares no entendimento da dinâmica saúde-doença. Além disso, tanto nos objetivos quanto nas diretrizes é enfatizada a importância da educação permanente em saúde, o que promove a atualização e formação continuada dos profissionais da saúde (BRASIL, 2011B).

Assim percebe-se que, independentemente do setor ou área específica do serviço de saúde do SUS, o atendimento deve ser interdisciplinar em que os profissionais devem estar capacitados para atuar nas demandas de sofrimento psíquico relacionado com o trabalho. Entretanto, por ser um campo complexo e no qual se faz presente um jogo de forças que envolvem, entre outros aspectos, o sistema capitalista (que também dita as regras no setor público, já que este tem funcionado em uma lógica de metas, mesmo não visando lucro), a estrutura do serviço, a formação e olhar do profissional da saúde e a configuração da instituição a qual pertence o serviço, esse objetivo está longe de ser alcançado.

Uma das principais estratégias criadas com o intuito de organizar ações públicas em prol da saúde dos trabalhadores foi a proposição dos Cerest que surgiram a partir dos 1990, em consonância com a proposta do SUS relativa à saúde do trabalhador (BRASIL, 1990A). Outra importante ação foi a criação da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador que é composta pelos Cerest estaduais e regionais em saúde do trabalhador e que busca difundir ações nesse âmbito, articuladas às demais redes do SUS (BRASIL, 2002). Atualmente o País conta com 210 Cerest, sendo que 26 são estaduais, e 184 são regionais. A PNSTT enfatiza que a prioridade é fortalecer a Vigilância em Saúde do Trabalhador e, para isso, busca ampliar a atuação dos Cerest para que se possa propor ações relativas à promoção da saúde e de ambientes produtivos saudáveis (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

Um levantamento sobre a situação atual dos Cerest no Brasil foi desenvolvido por Bittencourt, Belomé e Merlo (2014) com o intuito de verificar principalmente as ações voltadas para o cuidado em saúde mental dos trabalhadores. Metodologicamente, esse estudo enviou 173 questionários para os Cerest do País, sendo que obteve 37 respostas. Vale salientar que, das 25 unidades que possuem em sua equipe psicólogos/psiquiatras, 19 realizam algum tipo de atendimento clínico com os trabalhadores. Esse estudo também evidenciou a falta de uniformidade nas atividades prestadas e o que se intensifica quando analisadas as ações voltadas a saúde mental. Isso pode ocorrer devido a uma dificuldade no reconhecimento da relação entre saúde mental e os processos produtivos.

Nesse sentido e em consonância com o estudo acima citado, Bottega (2015) afirma que o Cerest precisa urgentemente desenvolver novas estratégias e aprimorar aquelas que já existem. Essas ações visam promover melhorias na saúde, qualidade de vida e condições de trabalho.

Percebe-se assim que as legislações referentes à saúde do trabalhador e àquelas

que dizem respeito à saúde mental possuem aproximações no tocante aos determinantes sociais, porém não há explicitamente uma articulação entre respectivas políticas, já que uma não referencia a outra em seu texto. O que acontece, para além dos documentos legais, é a dificuldade de inserir nas práticas a articulação da saúde mental e o trabalho para que os trabalhadores em sofrimento sejam compreendidos e acolhidos em sua integralidade.

Conclusões

Apesar de a elaboração da PNSTT representar um importante marco nesse campo, efetivamente sabe-se que ela ainda não conseguiu estabelecer uma proposta significativa com vistas a atender às demandas dos trabalhadores e trabalhadoras, em particular aquelas relativas à saúde mental. Do mesmo modo, as legislações de saúde mental abordadas neste texto não apresentam explicitamente a questão do trabalho como fator decisivo no processo de saúde-doença mental. Entretanto, citam a importância de levar em conta os determinantes sociais, no qual pode-se incluir o fator produtivo.

Historicamente, é observável que há uma tentativa de interligar a saúde do trabalhador às questões de saúde mental. Todavia, tanto na documentação legal quanto no campo de práticas, isso não compõe o cotidiano da maior parte dos profissionais da saúde nem mesmo daqueles que sofrem em função do seu trabalho e necessitam acolhimento nos serviços.

Sendo assim, trabalhar a proposta da integralidade em saúde do trabalhador representa articular ações nos mais diversos âmbitos que transversalizam as relações dos sujeitos com suas atividades de trabalho, inclusive as ações de saúde mental. Além disso, destacar claramente, em especial, as linhas de cuidado em saúde mental que deveriam abordar o elemento trabalho é uma

das pretensões desta discussão.

As linhas de cuidado são citadas na legislação em saúde do trabalhador, mas apenas em diretrizes amplas. Outras políticas de saúde, como a de saúde mental, da mulher, da criança e do adolescente, por exemplo, já foram constituídas linhas de cuidado que estão integradas às práticas de atendimento. Uma linha de cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora pode estar inserida na rede já existente, articulando as diversas políticas que se relacionam com esse campo (BOTTEGA, 2015).

Quando se aborda o termo 'saúde do trabalhador', subentende-se que a saúde mental esteja inclusa, já que a saúde envolve, pelo menos, questões físicas, psíquicas e sociais. Já quando se aborda a saúde mental, pensa-se estarem incluídos os fatores sociais que podem provocar um abalo no funcionamento psíquico dos seres humanos. No contexto social, encontra-se o trabalho, que, sendo assim, deve ser levado em conta na construção de políticas e práticas no âmbito da saúde mental. Entretanto, em função de não haver a clara nomeação nas portarias dos termos aqui analisados, talvez possa-se pensar no desenvolvimento e atualização de políticas públicas de saúde mental e saúde do trabalhador em que esses dois temas sejam transversalizados de modo concreto no próprio texto das políticas, deixando claras a importância e inseparabilidade deles, assim como acontece na vida humana.

Para que seja possível a construção de um cuidado em saúde do trabalhador que dê conta das mais diversas e complexas demandas que envolvem o sujeito trabalhador contemporâneo, é necessário o envolvimento de inúmeros atores do corpo social. A participação de movimentos sociais, sindicatos, além dos órgãos públicos gestores de tais políticas, é essencial para que seja possível uma prática voltada aos interesses daqueles que delas necessitam, nesse caso, os usuários-trabalhadores que vivenciam situações de sofrimento psíquico ligado ao trabalho.

Contribuições

Os autores Karine Vanessa Perez, Carla Garcia Bottega e Álvaro Roberto Crespo Merlo contribuíram substancialmente

para a concepção, planejamento e análise deste artigo, colaborando tanto na elaboração do rascunho como da versão final deste manuscrito. ■

Referências

- AGUIAR, L.; VASCONCELLOS, L. C. F. A gestão do Sistema Único de Saúde e a saúde do trabalhador: o direito que se tem e o direito que se perde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000300830&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 6 nov. 2016.
- BAUMAN, Z. *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
- BERTTOLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*. 4. ed. São Paulo: Ática, 2008. (Série História em Movimento).
- BITTENCOURT, L. C.; BELOMÉ, M. C.; MERLO, A. R. C. Centros de referência em saúde do trabalhador, sistema único de saúde e a saúde mental. In: MERLO, A. R. C.; BOTTEGA, C. G.; PEREZ, K. V. (Org.). *Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho*. Porto Alegre: Evangraf, 2014. p. 228-243.
- BOTTEGA, C. G. *Clínica do Trabalho no Sistema Único de Saúde: Linha de Cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora*. 2015. 215 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- BRASIL. Decreto nº 131, 22 de maio de 1991. Promulga a Convenção nº 135, da Organização Internacional do Trabalho – OIT, sobre a Proteção de Representantes de Trabalhadores. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D0131.htm>. Acesso em: 23 maio 2016.
- _____. Decreto nº 7.508, de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 4 maio 2016.
- _____. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 fev. 2015.
- _____. Lei nº 8.142, 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 15 fev. 2015.

_____. Lei nº 10.216, 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 22 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.679/GM de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador no SUS e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>>. Acesso em: 4 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 22 abr. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora. *Diário Oficial [da] União*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 28 fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde. *Relatório da 4ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/04Abr20_Relatorio_4cnstt_final.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2015.

_____. Ministério da Previdência Social. Anuário Estatístico da Previdência Social: AEPS 2014. *Ministério da Previdência Social*, Brasília, DF, v. 23, ano 1, 2016. Disponível em: <<http://www.mtps.gov.br/dados-abertos/dados-da-previdencia/previdencia-social-e-inss/anuario-estatistico-da-previdencia-social-aeps>>. Acesso em: 22 maio 2016.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Produção*, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 nov. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). *Linha do tempo Fiocruz*. 2012. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/linhadotempo/linha_do_tempo.html>. Acesso em: 30 set. 2012.

GAVARAGHI, D. *et al.* Medicalização, uso de substâncias e contexto de trabalho em bancários do Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, Brasília, DF, v. 16, n. 1, p. 61-72, mar. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572016000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2016.

MARTINS, E. R. C.; ZEITOUNE, R. C. G. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 639-644, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2016.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *Convenção n. 135: proteção de representantes de trabalhadores*. Brasília, DF, 1991. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/node/489>>. Acesso em: 22 maio 2016.

PAIM, J. S. *A reforma sanitária e o CEBES*. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

RAMMINGER, T.; NARDI, H. C. Saúde do trabalhador: um (não) olhar sobre o servidor público. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 213-226, abr./jun. 2007. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/171>>. Acesso em: 20 maio 2016.

ROCHA, L. E.; NUNES, E. D. Os primórdios da industrialização e a reação dos trabalhadores: pré-30. In: ROCHA, L. E. *et al.* (Org). *Isto é trabalho de gente?* São Paulo: Vozes, 1993. p. 77-156.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. *Resolução GSIPR/CH/CONAD n° 3, de 27 de outubro de 2005*. 2005. Disponível em: <<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/legislacao/index.php?p=6198>>. Acesso em: 4 maio 2016.

VASCONCELLOS, L. C. F.; GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H. Entre o definido e o por fazer na Vigilância em Saúde do Trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204617&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 mar. 2015.

Recebido para publicação em agosto de 2016
Versão final em dezembro de 2016
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)