

VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO NO BRASIL: CARACTERÍSTICAS, DIFICULDADES E DESAFIOS

Maria de Araújo, Tania¹
de Figueiredo Palma, Tarciso²
do Carmo Araújo, Natália³

¹ UEFS (Universidade Estadual de Feira de Santana)/Departamento de Saúde, Feira de Santana, Brasil, araujo.tania@uefs.br

² UEFS (Universidade Estadual de Feira de Santana)/Departamento de Saúde, Feira de Santana, Brasil, tfpalma@gmail.com

³ UEFS (Universidade Estadual de Feira de Santana)/Departamento de Saúde, Feira de Santana, Brasil, nataliauefs@outlook.com

Resumo: Este artigo aborda as dificuldades e desafios da vigilância em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) no Brasil, com base em levantamento de produção bibliográfica. Busca-se, a partir da compilação da produção identificada, fomentar reflexões sobre o panorama atual em que se encontram as ações em Vigilância nesse campo, seus principais entraves e possibilidades de avanços. Efetuou-se levantamento de publicações nacionais nas bases do Scielo, Lilacs e PUBMED, de 2002 a 2017. A sistematização dos dados permitiu a sua estruturação nas seguintes temáticas: Epidemiologia da SMRT no Brasil; Políticas para a SMRT e a VISAT; Organização do Trabalho e Saúde Mental; e, Ações e Intervenções em VISAT e SMRT. As ações para Vigilância encontram-se, ainda, em estado incipiente, porém há esforços para o fortalecimento da RENAST, materializado na construção de protocolos e na promoção de encontros nacionais que visam à reflexão e a construção de um novo modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Registra-se a busca por novos modelos e concepções de adoecimento mental, de redefinição do foco de atenção, de modos de intervenção com destaque para o papel ativo dos trabalhadores, protagonistas imprescindíveis ao enfrentamento dos desafios nesse campo.

Palavras chave: Saúde do trabalhador, Saúde mental, Vigilância em saúde, Vigilância em Saúde do Trabalhador.

I. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, profundas transformações ocorreram em decorrência da adoção de um novo modelo de acumulação capitalista, no mundo do trabalho. Este modelo baseia-se no capitalismo flexível e na precarização social do trabalho¹. Trata-se de modelo ancorado na ideia de flexibilidade, no qual tudo passa a ser descartável, substituível, efêmero, incluindo não apenas as mercadorias produzidas, mas também aqueles que produzem. Opera na dissociação entre capital e as formas materiais de riqueza (valores de uso), patrocinando a financeirização da economia (que absolutiza o caráter abstrato do trabalho) e promove a globalização sem precedentes dos processos de produção¹.

A precarização social do trabalho produz processos complexos que se materializam em condições de trabalho e emprego precárias, de permanente insegurança e vulnerabilidade frente, sobretudo, a possibilidade de desemprego. É engendrada por vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais, intensificação do trabalho, terceirização, insegurança, múltiplas exposições ocupacionais, longas jornadas, ausência de poder de decisão na realização das tarefas, repetitividade e monotonia². Essas novas-velhas formas de dominação e exploração do trabalho inauguram ou agudizam diversos impactos sobre a vida e a saúde dos trabalhadores.

Portanto, aspectos relacionados ao ambiente de trabalho, conteúdo do trabalho, condições organizacionais, necessidades e competências do trabalhador, associados aos aspectos do contexto cultural e social no qual os indivíduos estão inseridos e características pessoais são fatores que podem interferir na saúde do trabalhador, repercutindo negativamente em seu equilíbrio psíquico³.

O monitoramento das características do trabalho é fundamental para a estruturação de condições capazes de fortalecer o polo do trabalho como via de construção identitária e prazerosa. Ações de vigilância em saúde, mais especificamente neste caso de vigilância em saúde do trabalhador, constituem o pilar sobre o qual se pode edificar essa possibilidade.

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) é um dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, responsável por um conjunto articulado de ações de promoção da saúde e de redução da morbimortalidade da população trabalhadora. Em 2004, os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), em conjunto com mais dez agravos relacionados ao trabalho (ART), foram definidos como agravo de notificação compulsória, passando a ser registrado no Sistema Nacional de Agravos e Notificações (SINAN)⁴. Este fato constitui importante marco regulatório nas políticas de Vigilância à Saúde do Trabalhador, ainda que limitado apenas às unidades de saúde de uma Rede Sentinela.

No Brasil, os TMRT estão entre as principais causas de perdas de dias no trabalho, representando a terceira causa de concessão de auxílio-doença por incapacidade laborativa. Em estudo das concessões no período 2008-2011 observou-se aumento médio anual de concessões de 2,9%¹⁰. De 2008 para 2009, o número de afastamentos do trabalho notificados na Previdência Social subiu de 12.818 para 13.478, chegando, em 2012, a 16.978 casos⁵.

No atual cenário brasileiro, há propostas de reformulações dos direitos trabalhistas que apontam na direção de uma maior vulnerabilização das relações de trabalho com impactos diretos e indiretos sobre a saúde psíquica dos trabalhadores. O Legislativo aprovou a terceirização irrestrita para as atividades laborais, o que terá reflexos nas condições de trabalho. Além disso, há proposta de reforma previdenciária que implica ampliação do período de contribuição e de trabalho para a aposentadoria. Essas medidas contextualizam-se num momento de crise econômica e fragilidade social, na qual se observa a diluição da linha de separação entre incluídos e excluídos, com claro rebaixamento dos padrões gerais de vida. Segundo o IBGE⁶, o desemprego bateu recorde, atingindo 13,5 milhões de pessoas. Essa situação, co-

mo já mencionado, atende ao modelo de flexibilidade e precarização social do trabalho, com crescimento de condições precárias de trabalho às quais as pessoas aceitam submeter-se, pressionadas pela possibilidade do desemprego. Tais condições incrementam substantivamente os riscos à saúde dos trabalhadores, especialmente a saúde mental, em função de atuar na fragilização dos trabalhadores, operada pelos modelos de gestão e desregulação das relações de trabalho².

Portanto, o papel da vigilância em saúde nesses contextos, centrado em práticas de monitoramento dos fatores nocivos à saúde, ganha enorme relevância. Este artigo tem por finalidade discutir aspectos relacionados à vigilância em saúde mental e trabalho no Brasil, com base em revisão de literatura da produção registrada entre os anos de 2002 a 2017. Objetiva-se, fomentar as reflexões sobre saúde mental e trabalho no Brasil para um melhor entendimento do panorama atual da VISAT em Saúde Mental, de modo a fortalecer os programas e ações da vigilância, no que se refere às ações de monitoramento dos agravos e às iniciativas de identificação e de intervenção efetiva sobre os fatores que produzem tais agravos.

II. MÉTODO

Foi realizada revisão de literatura de publicações nacionais, atendendo ao objetivo de revisar as produções brasileiras e fomentar reflexões sobre a temática de VISAT - Saúde Mental. Foram consultadas as bases de dados virtuais: Google Scholar, Scielo, Lilacs e PUBMED, utilizando os seguintes descritores: saúde do trabalhador, saúde mental, trabalhadores, saúde mental e trabalho e vigilância em saúde, indexados na base de dados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A busca ocorreu no período de abril a maio de 2017. A retenção dos artigos pautou-se na inclusão daqueles que abordavam os temas: Vigilância em Saúde do Trabalhador e Saúde Mental. Para essa etapa, foi realizada a leitura do título e resumo de cada obra. Ao final, considerando os critérios estabelecidos, a revisão identificou 16 documentos: dez artigos, duas dissertações, duas teses e dois protocolos de atenção à saúde mental e trabalho. Feita a seleção do material, foram coletadas informações sobre: título da obra, descritores, bases consultadas, periódico científico onde foi veiculado, métodos empregados, objetivos e resultados. Os resultados foram categorizados de acordo com conhecimento prévio sobre o tema, suas lacunas e por repetição no conteúdo dos mesmos. Nesse processo, emergiram, como norteadoras para a apresentação de resultados e discussão, as seguintes temáticas: Epidemiologia da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho no Brasil (SMRT); Políticas para a SMRT e a VISAT; Organização do Trabalho e Saúde Mental e Ações e Intervenções em VISAT e SMRT.

III. RESULTADOS

A. Epidemiologia da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho no Brasil (SMRT)

Brito⁷ investigou os casos registrados de TMRT no Brasil, desde o início do registro no SINAN (2006), até 2012. Neste período foram registrados 2.444 casos, com aumento expressivo de registros (média de aumento anual de 142%), até o ano de 2011. Os CEREST (Centros de Referência em Saúde do Trabalhador) foram responsáveis por 74,1% dos registros, seguidos pelas Unidades Básicas de Saúde (8,4%) e os CAPS (6,2%). A participação das Unidades de Saúde da Família foi muito baixa (apenas

1,4%), mas com crescimento gradativo de notificações ao longo dos anos. Os diagnósticos mais frequentes foram os transtornos neuróticos (56,4%) e do humor (30,4%).

Cordeiro et al.⁸ analisaram dados do SINAN referentes ao estado da Bahia. Os homens representaram 51,2% dos casos. Maior frequência de casos foi observada em trabalhadores do ensino médio e superior, do mercado formal de trabalho, nos ramos do comércio e serviços. Os agravos mais notificados foram o estresse pós-traumático e episódios depressivos. A incapacidade temporária representou 74,4% dos casos, seguido de incapacidade permanente parcial (13,3%) e cura não confirmada (2,4%).

De acordo com o Anuário Estatístico da Previdência Social⁹, tem sido registrada queda nas aposentadorias por invalidez relacionadas aos Transtornos Mentais e Comportamentais concedidas. Em 2013 foram registrados 12.068 e em 2015, 8.417, contrastando com os dados no período de 2008 a 2011 no qual se verificou incremento no número de benefícios por essa causa¹⁰. O número de aposentadorias rurais por invalidez, neste mesmo período, também caiu, de 876 para 640. A mesma lógica prevaleceu para a quantidade de auxílios doença no período, que caiu de 209.218 para 156.895.

Observou-se aumento no número de benefícios acidentários a partir de 2007, como descrito acima, aventando-se a hipótese de que este aumento estaria associado à implantação do nexo técnico epidemiológico previdenciário (NTEP), que permitiu o reconhecimento dos casos com base em evidências epidemiológicas.

Diversos estudos^{8 - 11- 12- 13} evidenciam o caráter crônico de invisibilidade dos TMRT atrelada ao fenômeno da subnotificação. Como consequência das estatísticas enviesadas, a saúde mental no trabalho deixa de ter caráter prioritário para o planejamento das ações e políticas públicas.

A subnotificação dos TMRT é apenas uma das dificuldades enfrentadas, que se estende também para a oferta de serviços de saúde voltados ao adoecimento mental. Em inquérito para avaliar ações em saúde mental na RENAST, realizado por Cardoso e Araújo¹⁴, em 2014, 47,8% dos CEREST referiram realizar ações informativas e de educação permanente para os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e apenas 26,0% referiram tal atividade com os ambulatorios de saúde mental; 40,9% realizavam ações de apoio matricial para os serviços do SUS; 35,5% desenvolviam ações informativas frequentes sobre SM para os trabalhadores em geral. Inspeção em ambientes de trabalho (58,8%) e o registro sistemático de casos de TMRT no SINAN (53,2%) foram as ações mais referidas.

Esses dados, em conjunto, evidenciam muitas fragilidades na incorporação da saúde mental às ações de VISAT. Mesmo que, como apontam Leão e Minayo-Gomez¹⁵, as práticas em saúde mental e trabalho caracterizem-se pelo predomínio de ações voltadas para a assistência e para o diagnóstico e notificação dos TMRT, estas ainda ocorrem de modo tímido, com abrangência muito limitada (são desenvolvidas por metade dos CEREST existentes).

B. Políticas em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) e a VISAT

Apesar da robustez da Rede de Saúde no SUS, há enorme dificuldade de articulação entre os diversos órgãos e setores que atuam nas questões relacionadas à SMRT. As ações de vigilância são pontuais e reduzem o problema, muitas vezes, à atenção curativa, e não focalizam os fatores determinantes para o adoecimento observado. O próprio entendimento, por parte do trabalhador, das funções e aplicações dos órgãos da Rede, revela o estado de incipiência em que se encontra a VISAT no campo de ações para a Saúde Mental.

Dentre os avanços necessários, Leão e Minayo-Gomez¹⁵ destacam a inserção do contexto da saúde mental dos trabalhadores na legislação e nas normas técnicas da vigilância em saúde com base em dire-

trizes específicas. Cardoso e Araújo¹⁴ salientam a necessidade de novas pesquisas para a construção de instrumentos que orientem e auxiliem os processos de estabelecimento de nexos dos agravos em saúde mental no trabalho e as ações de monitoramento dos aspectos associados à produção desses agravos, possibilitando uma base de maior respaldo para as ações da VISAT, em função do caráter prevenível do adoecimento mental.

C. Organização do Trabalho e Saúde Mental: um debate ainda necessário

O trabalho, gradativamente, tem sido considerado como determinante no processo saúde-doença, consolidando as concepções sobre o papel do trabalho na gênese do adoecimento¹⁶. Porém, quando se trata da saúde mental e do reconhecimento etiológico de seus agravos específicos, a VISAT se encontra em estado embrionário, enfrentando muitos impasses ao estabelecimento de nexos entre trabalho e adoecimento mental. Ou seja, colocam-se, nesse caso, desafios maiores do que aqueles que são encontrados, por exemplo, na análise de um acidente de trabalho típico, no qual é possível a observância do caráter palpável do agravo, como também de seu agente causador¹⁷. Segundo Sato e Bernardo¹¹, o CEREST é percebido pelo trabalhador como um centro voltado apenas para a atenção a problemas físicos causados pelo trabalho, sendo pouco frequente sua procura por demandas relacionadas à saúde mental, em função das características subjetivas que envolvem essa demanda, que não são diretamente observáveis, perceptíveis ao olhar desatento, impregnado pelo modelo biológico tradicional de abordagem clínica. Portanto, no que se refere aos TMRT, há dificuldades que se colocam no âmbito da atuação profissional, na qual não estão claramente definidos os critérios de identificação de casos, quanto da percepção dos problemas relacionados à saúde mental pelos próprios trabalhadores. Tal situação obscurece as questões relacionadas à saúde mental no trabalho. Ou seja, o próprio entendimento do trabalhador pauta-se numa compreensão de adoecimento vinculada ao corpo, dificultando o reconhecimento do adoecimento mental.

Como se observa, as relações entre características do trabalho e adoecimento mental ainda é algo a ser construído, o que pode ser facilmente constatado pela completa ausência de qualquer regulação dos aspectos relacionados à organização do trabalho, embora farta literatura científica evidencie essa relação. Minayo-Gomez e Thedim-Costa¹⁸ apontam a centralidade dos determinantes psicossociais neste processo: a divisão sexual do trabalho e as relações desiguais de gênero, o assédio, o não reconhecimento social, a desqualificação e a ausência de autonomia e controle sobre o próprio trabalho são considerados como condicionantes ao sofrimento e ao esgotamento profissional. Destacam a intensa fragmentação das tarefas, a ausência de domínio das etapas do trabalho e a supressão do prazer em trabalhar como situações devastadoras à saúde do trabalhador.

Diante de situações que produzem sofrimento no mundo do trabalho, emergem as estratégias de defesa coletiva¹⁹. O trabalhador constrói e desconstrói o sentido de seu trabalho, tornando possível o seu desenvolvimento em condições adversas. Estas estratégias minimizam o sofrimento, mas não representam a restauração da saúde do trabalhador e nem possibilitam a supressão dos determinantes para o adoecimento. Direcionar o foco da vigilância das ações de registros e notificações das doenças às ações que contemplem as fontes geradoras do adoecimento na organização do trabalho é fundamental.

D. Ações e Intervenções no processo da VISAT e SMRT

Segundo Daldon e Lancman¹⁶, investimentos para a criação de rotinas nas ações de vigilância são indispensáveis. Leão¹⁷ destaca que tais ações precisam ter caráter sistemático, com foco nos processos de trabalho, visando proporcionar transformações no contexto laboral, redução ou eliminação de fatores associados aos processos do adoecimento presentes na organização do trabalho, ancoradas no papel ativo do trabalhador, na necessidade de espaços para a interlocução com os trabalhadores, com valorização de suas perspectivas e entendimentos sobre sua atividade.

Portanto, compreender o trabalhador como detentor do conhecimento sobre sua atividade é apenas uma etapa para o processo da vigilância, que precisa envolver outros atores para que o desdobramento em ações ocorra de forma mais estruturada e consequente. Cardoso e Araújo¹⁴ destacam a importância da participação de todos os níveis de atenção do SUS nessas ações, sugerindo a ampliação das relações inter e intrasetoriais em toda a RENAST, destacando o papel dos CEREST e principalmente dos CAPS, além da própria articulação entre as Vigilâncias.

Assim, cabe reforçar a necessidade de articulação da VISAT com os demais serviços da rede de atenção à saúde, seja no sentido de integrar-se às demais vigilâncias (ambiental, epidemiológica, sanitária) seja com as outras redes de atenção, como a Rede de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica - importantes no acolhimento, prevenção, promoção e recuperação da saúde mental¹⁷. Segundo Conciani e Pignatti²⁰, a ausência das ações da Vigilância para a SMRT contribuiu para aumentar a lacuna existente entre os CEREST e a Rede do SUS, lhe dando caráter de isolamento e, consequentemente, de invisibilidade, que perdura, materializada na precariedade de boa parte das ações atuais.

IV. CONCLUSÕES

Apesar das conquistas alcançadas, como a obrigatoriedade da notificação dos TMRT e o NTEP, ainda existem muitos desafios a serem enfrentados. Importantes problemas permanecem: subnotificação; pouca ou nenhuma articulação entre os atores envolvidos; ausência de acompanhamento dos casos, adoção de modelos de atuação ainda centrados na doença com intervenção medicalizante; ações reducionistas e pontuais; dificuldades no estabelecimento denexo causal; ausência de um protocolo único norteador. Por outro lado, há esforços significativos para se fortalecer a Rede no que tange a VISAT e a SMRT, materializado na construção de instrumentos como: o Protocolo de Atenção à Saúde Mental e Trabalho²¹ e Orientações Técnicas para a Notificação no SINAN dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho²², além da promoção de encontros nacionais que visam a reflexão e a construção de um novo modelo de Vigilância em Saúde do Trabalhador, para enfrentar os enormes desafios que ainda persistem no campo de SMRT. Deve ganhar relevo nesses esforços as ações para identificar os fatores determinantes do sofrimento e adoecimento mental presentes na organização do trabalho, dando à VISAT a perspectiva transformadora que dela se espera.

REFERÊNCIAS

1. Druck, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?. Cad CRH 2011, v. 24, n. spe1: 37-57.
2. Franco T, Druck G, Seligmann-Silva E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. Rev Bras Saude Ocup 2010, v.35, n.122: 229-248.

3. Simões FIW, Hashimoto F. Adoecimento no trabalho: Um estudo de caso. *Rev Laborativa* 2013. v. 2, n. 2: 73-85.
4. Brasil. Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan: normas e rotinas. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Departamento de Vigilância Epidemiológica 2006. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
5. Brasil. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho. Ministério da Previdência Social. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/2015/01/estatisticas-anuario-estatistico-de-acidentes-do-trabalho-2013-ja-esta-disponivel-para-consutla/>.
6. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
7. Brito CO. Transtornos mentais relacionados ao trabalho, 2006 a 2012 [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2014.
8. Cordeiro TMSC, Amália ISM, Cardoso MCB, Santos KOB, Araújo TM. Notificações de transtornos mentais relacionados ao trabalho entre trabalhadores na Bahia: estudo descritivo, 2007-2012. *Epi Serv Saude* 2016, v. 25, n. 2: 363-372.
9. Brasil. Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho. Ministério da Previdência Social. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf>.
10. Silva-Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Rev Saúde Pública* 2014, v. 48, n. 1: 186-190.
11. Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Cien Saude Colet* 2005, v. 10, n. 4: 869-878.
12. Freire LSM. As vivências de sofrimento de docentes do Tocantins: pistas para ações de vigilância em saúde do trabalhador [tese]. São Paulo: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
13. Souza HA. Saúde Mental Relacionada ao Trabalho na rede pública de saúde brasileira: concepções e atuações transformadoras [tese]. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciência da Vida Pontifícia Universidade Católica de Campinas. PUC-Campinas; 2017.
14. Cardoso MCB, Araújo TM. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. *Rev Bras Saude Ocup* 2016, 41:e7.
15. Leão LHC, Minayo-Gomez CM. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. *Cien Saude Colet* 2014, vol.19, n.12: 4649-4658.
16. Daldon MTB, Lancman S. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. *Rev Bras Saude Ocup* 2013, v. 38, n. 127: 92-106.
17. Leão LHC. Vigilância em saúde mental do trabalhador: subsídios para a construção de estratégias de intervenção [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2014.
18. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Cien Saude Colet* 2003, v. 8, n. 1: 125-136.
19. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas; 1994.
20. Conciani ME, Pignatti MG. Concepções e práticas de vigilância em saúde mental relacionada ao trabalho. *Rev Esp para Saude* 2015, v.16, n.2: 45-55.
21. Bahia. Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho. Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. *Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador* 2014. Salvador: DIVAST.
22. São Paulo. Orientações Técnicas para a Notificação no SINAN dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. *Centro de Vigilância Sanitária* 2014.