

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Vigilância em Saúde Mental do Trabalhador: Subsídios para a Construção de Estratégias de Intervenção”

por

Luís Henrique da Costa Leão

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez

Rio de Janeiro, julho de 2014.

Esta tese, intitulada

“Vigilância em Saúde Mental do Trabalhador: Subsídios para a Construção de Estratégias de Intervenção”

apresentada por

Luís Henrique da Costa Leão

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Paula Lopes dos Santos

Prof.^a Dr.^a Marilene Affonso Romualdo Verthein

Prof. Dr. Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Prof. Dr. Renato José Bonfatti

Prof. Dr. Carlos Minayo Gómez – Orientador

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

L437 Leão, Luís Henrique da Costa
Vigilância em saúde mental do trabalhador: subsídios para
a construção de estratégias de intervenção. / Luís Henrique da
Costa Leão. -- 2014.
xvii, 190 f.

Orientador: Minayo Gomez, Carlos
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Saúde Mental. 3. Saúde
do Trabalhador. 4. Assistência Integral à Saúde. I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.2

DEDICATÓRIA

**A Deus,
Fonte de toda a vida e justiça.**

**À minha família –
Por toda a paciência e dedicação.**

AGRADECIMENTOS

Minha sincera gratidão ao Professor Dr. Carlos Minayo Gomez, por me acolher como orientador e por apontar os caminhos e compartilhar sua caminhada na produção de conhecimentos e práticas que visem melhorar as condições de vida e trabalho da população brasileira. Sou muito grato por todo incentivo, apoio, amizade e pelas ricas reflexões de cada encontro de orientação, que foram muito além do tema dessa tese...

Agradeço muito ao Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, desde a direção, chefia de departamento e graduação, aos colegas professores e alunos, por todo apoio para a realização deste trabalho.

De igual forma, minha gratidão à Universidade Federal Fluminense, polo de Campos dos Goytacazes, por apoiar a produção dessa tese, no período em que estive como professor temporário.

Sou grato também aos professores e coordenadores da Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, aos profissionais da Secretaria Acadêmica, pelo suporte nessa trajetória.

*Agradeço, enfim, à CAPES
pela bolsa concedida durante esses quatro anos.*

*“O que constitui o interesse principal da vida e do trabalho
é que eles lhe permitem tornar-se diferente do que você era no início”*

(Foucault, 2006b, p. 294).

RESUMO

Essa tese defende a integração da saúde mental no escopo das ações da vigilância em saúde do trabalhador (Visat) e aborda a importância do desenvolvimento de estratégias de identificação e intervenção nos fenômenos relativos ao sofrimento, em seus diferentes níveis, considerando suas fontes originadoras nos processos de trabalho. Pretendeu-se responder à demanda do atual momento histórico em que são cada vez mais evidentes e crescentes os problemas em saúde mental dos trabalhadores que trazem desafios aos serviços de saúde.

Realizamos uma sistematização das abordagens teóricas e práticas existentes sobre a saúde mental dos trabalhadores investigando as perspectivas que elas abrem para as ações de vigilância. Trata-se de uma pesquisa analítico-propositiva baseada no pensamento de Michel Foucault e, sob esse referencial, buscamos compreender o modo como a saúde mental dos trabalhadores vem sendo problematizada no campo da produção de conhecimento e das ações institucionais. Efetuamos um mapeamento de saberes e práticas sobre essa temática e verificamos os elementos que emergem em práticas e recomendações como “melhores empresas para trabalhar”. Procedemos a análise de produções teóricas de autores de referência em saúde mental e trabalho, e de manuais, informes, cartilhas, guias de ação, documentos de acordos políticos e sociais e relatos de pesquisas de agências especializadas em saúde e segurança do trabalho. Investigamos também relatórios de diferentes fóruns coletivos em saúde do trabalhador a fim de caracterizar as práticas correntes no âmbito da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

A partir dessas análises apontamos perspectivas e estratégias para a integração da saúde mental no conjunto das práticas da Visat. Tomamos como referência também os estudos de Agamben quanto à tanatopolítica, a noção de produção de subjetividade conforme Guattari, sofrimento social em Renault e o pensamento de Rorty, para discutir quais seriam as alternativas capazes de deslançar ações de Visat que rompam com modelos medicalizantes e patologizantes no que tange ao sofrimento dos trabalhadores.

Apontamos dois eixos capazes de operar a integração da saúde mental na Visat: a ideia de sujeito e suas relações no contexto de trabalho e a caracterização dos vários elementos que compõem a organização do trabalho para as intervenções. Considerando que faltam diretrizes no âmbito da Renast esse trabalho contribui para aprimorar o olhar da vigilância para a problemática da saúde mental e oferece subsídios para a criação de ações considerando a complexidade das manifestações do sofrimento.

Palavras-Chave: Vigilância em Saúde; Saúde Mental; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

The thesis advocates integration of mental health in the scope to worker's health surveillance (Visat) actions and discusses how importance is developing strategies to identify and intervene in worker's suffering, upon its different levels, considering their sources in labor process.

We seek to answer current's demands from actual historical moment in which it's increasingly evident and growing problems in mental health workers, that brings challenges to health services. We did a systematization of theoretical e practical approaches in mental workers health investigating what perspectives it brings to surveillance actions.

This research, analytical and propositional, it's based on Foucault thoughts, and, under his referential, we seek to comprehend how workers mental health have being problematized in scientific and institutional sphere.

Then, we did a mapping of knowledge and practices about that theme and we verified elements from recommendations and practices as "Great place to work for". We analyzed theoretical productions from references authors to mental health and work and reports, manuals, political agreements, technical guides to actions produced by internacional agencies on health and security to work. We also analyzed reports of different collective forums in worker's health in order to characterize current practices within the RENAST.

From these analyzes, we point out perspectives and strategies to mental health's integration in the set Visat's actions. We refer also studies regarding tanatopolítica Agamben, the subjectivity production notion as Guattari, social suffering in Renault and thought of Rorty to discuss what are alternatives to Visat be able to break medicalized and pathologizing models and actions about workers suffering.

We point out two axes capable to operating the mental health integration in Visat: subject and their relations in the workplace idea and the characterization of various elements from work's organization for interventions.

Considering lack of guidelines under RENAST, this research contributes to enhance surveillance's look to the problem of worker's mental health and provides grants to creation actions considering the suffering manifestations complexity.

Key-Words: Health Surveillance; Mental Health; Worker's health.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIÇÕES

- APA – American Psychological Association.
- BNDES – Banco Nacional do Desenvolvimento.
- CGSAT/MS – Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde
- Cerests do Ministério da Saúde.
- CAPS – Centros de Atenção Psicossocial.
- Cerest – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.
- CCQ – Círculos de Controle de Qualidade.
- CNAE – Classificação Nacional de Atividades Econômicas do Ministério da Fazenda.
- CBO – Classificação Brasileira de Ocupação do Ministério do Trabalho e Emprego.
- CID 10 – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde.
- CIPA – Comissões Internas de Prevenção de Acidentes.
- CISNEROS - Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales.
- CHPT – Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo.
- CNRQ – Confederação nacional do ramo químico.
- CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
- DD3P – Dispositivo Dinâmico de Três Polos.
- DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho.
- DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos.
- DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao trabalho.
- ESF – Estratégia de Saúde da Família.
- EUA – Estados Unidos da América.
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz.
- GTPW - Great Place to Work.
- IQGP – Índice de Qualidade na Gestão de Pessoas.
- IQAT – Índice de Qualidade no Ambiente de Trabalho.
- INSS – Instituto Nacional do Seguro Social.
- Insr – Institut National de la recherché et de securite.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- JCQ - Job Content Questionnaire.

LER – Lesões por esforços repetitivos.

LIPT – *Leymann Inventory of Psychological Terrorisation*

MS – Ministério da Saúde.

MPT – Ministério Público do Trabalho (MPT).

NAQ – Negative Acts Questionary.

Niosh – The National Institute for Occupational Safety and Health.

NR – Normas Regulamentadoras.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

OIT – Organização Internacional do Trabalho.

OSHA – Occupational Safety and Health Administration.

PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional.

PHWP – Psychologically Healthy Workplace Program.

PNSTT – Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

PPRA – Programa de Prevenção de Riscos Ambientais.

PRIMA – Psychosocial Risk Management European Framework.

PFST – Programa de Formação em Saúde e Trabalho

SESMT – Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho.

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais.

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador.

SRQ – 20 – Self Report Questionnaire – 20.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

SINAN – Sistema Nacional de Notificação de Agravos.

SIM – Sistema de Informação da Mortalidade.

SIH – Sistema de Informações Hospitalares.

SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais.

Sinitox – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas.

SIA – Sistema de Informações sobre Agrotóxicos.

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos.

SMRT – Saúde Mental Relacionada ao Trabalho.

SUS – Sistema Único de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense.

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso.

UNESA – Universidade Estácio de Sá.

UMESP – Universidade Metodista de São Paulo.

Visat – Vigilância em Saúde do Trabalhador.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Fontes de sofrimento e mecanismos de Visat

Figura 1 – Abordagens teóricas em saúde mental e trabalho.

Figura 2 – Fenômenos em saúde mental dos trabalhadores

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
EPÍGRAFE.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES.....	vii
LISTA DE QUADROS E FIGURAS.....	x
SUMÁRIO.....	xi
APRESENTAÇÃO.....	xiv

PARTE 1

VIGILÂNCIA, SAÚDE MENTAL E TRABALHO: QUESTÕES INTRODUTÓRIAS E CONTEXTUAIS

CAPÍTULO 1 - A SAÚDE MENTAL COMO QUESTÃO DO MUNDO DO TRABALHO.....18

TRABALHO CONTEMPORÂNEO E SAÚDE MENTAL DOS TRABALHADORES	18
SOFRIMENTO: UMA QUESTÃO PREMENTE PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	22
DIVERSIDADE DE COMPREENSÕES SOBRE O SOFRIMENTO.....	26
MEDICALIZAÇÃO E PATOLOGIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL.....	27
O PROBLEMA DA INDIVIDUALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL	32
A VIGILÂNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR E SAÚDE MENTAL.....	33

CAPÍTULO 2 - A SAÚDE MENTAL COMO QUESTÃO PARA A VIGILÂNCIA.....37

OBJETO E FOCO DA INVESTIGAÇÃO.....	41
ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	42
ASPECTOS DA ARQUEOLOGIA E GENEALOGIA EM FOUCAULT	43
FONTES E MATERIAIS DE ANÁLISE.....	50

PARTE 2

SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO

CAPÍTULO 3 - COMPREENSÕES EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....52

PERSPECTIVAS PSICOSSOCIOLÓGICAS.....	55
SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	60
ABORDAGENS COMPREENSIVAS/CLÍNICAS DO TRABALHO.....	62
ABORDAGENS DO ESTRESSE	66
SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO – SMTR.....	69
PERSPECTIVAS ORGANIZACIONAIS	73
ASSÉDIOS E VIOLÊNCIAS.....	76
NÍVEIS DE CONTRIBUIÇÃO DAS ABORDAGENS.....	82

CAPÍTULO 4 - PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....86

ABORDAGENS CLÍNICAS E TERAPÊUTICAS.....	86
PRÁTICAS DE PREVENÇÃO.....	90
AÇÕES PÚBLICAS.....	99
PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS.....	101
APORTES PARA A ANÁLISE DA SAÚDE MENTAL NO TRABALHO.....	105

PARTE 3

VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO: PERSPECTIVAS, DILEMAS E DESAFIOS

CAPÍTULO 5 - PRESSUPOSTOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR111

DESAFIOS DA VISAT NO CENÁRIO CONTEMPORÂNEO.....	114
A VIGILÂNCIA DOS AGRAVOS.....	117
O DILEMA DO DIAGNÓSTICO E NEXO CAUSAL.....	120
O PROBLEMA DOS EFEITOS DOS DIAGNÓSTICOS.....	122
O MENTAL DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL.....	126

SUPERAÇÃO DAS DICOTOMIAS.....	132
CATEGORIAS EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....	136
O SOFRIMENTO SOCIAL E A VIGILÂNCIA.....	138
CAPÍTULO 6 - ESTRATÉGIAS PARA ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR.....	143
A PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO EM VISAT.....	143
SOBRE AS NOTIFICAÇÕES COMPULSÓRIAS.....	145
ACOLHIMENTO E INTERPRETAÇÃO DE DEMANDAS ESPONTÂNEAS.....	148
ARTICULAÇÕES INTRA E INTERSETORIAIS.....	149
ASPECTOS DA PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES.....	154
ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO.....	155
AVALIAÇÃO, ENCAMINHAMENTO E ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS.....	167
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	172

APRESENTAÇÃO

As linhas desta tese refletem uma história, aliás, várias histórias... Elas retomam episódios curiosos e surpreendentes, retratos da minha trajetória.

Já faz um tempo, mas eu não esqueço. No consultório de psicologia do Serviço de Psicologia Aplicada oferecido pela UNESA-Campos, eu atendi a um jovem trabalhador. Ele era pobre, negro, morador de uma área rural, explorado no trabalho (jornada exaustiva e negação de direitos) e com graves problemas de dicção. Sua gagueira era de cunho emocional.

Naquele momento, eu ainda estava encantado com a psicanálise freudiana. Esse caso maculou tal encantamento. Cada sessão assemelhava-se à abertura da “caixa de pandora”, pois enviava sobre mim inquietações e angustias.

Eu queria, mas não encontrava respostas teóricas satisfatórias para acalmar minha própria inquietação e, principalmente, contribuir para o sujeito avançar na lida com sua vida. A clínica dificilmente oferecia respostas a problemas cuja causalidade é eminentemente social. Digo isso porque me espantou demais perceber o quanto o aumento da gagueira estava sempre acompanhado de um relato de humilhação ou negação de direitos no trabalho.

O trabalho ocupava a periferia das minhas preocupações perante um sujeito em sofrimento naqueles instantes. Eu ainda não atentara para a centralidade do trabalho. Não entendia que a questão principal daquele sujeito – dificuldade de falar no plano da fonética – residia em não ter voz ativa, não dizer basta às situações experimentadas no seu processo de trabalho!

A vergonha, sem dúvida, é um dos maiores mecanismos de submissão e toda a situação social daquele rapaz criava ainda uma rede de elementos difíceis de encarar. Barreiras robustas. Perder o emprego por questionar uma ordem, dizer não ao trabalho de hora extra nunca paga, colocaria esse sujeito em dificuldades de ordem material ainda maiores.

Eu ficava pensando sobre a quantidade de trabalhadores com a vida muito similar a dele, imaginando quantos vivem em ambientes de trabalho perigosos, gastam horas e horas no transporte público para conquistar um pedaço de pão, carne, como diria Marx - que eu nunca tinha lido até então.

Angustiava saber que enquanto eu escutava apenas um cidadão a fim de “remediar” os efeitos de uma organização de trabalho ruim, outros sujeitos estariam trilhando caminhos similares. A controvérsia sobre a atenção individual aos problemas de cunho coletivo ficou evidente para mim. Daí eu quis entender e contribuir em outro nível. Queria analisar o trabalho dele e sugerir mudanças. Me indignava o modo como ele era tratado. E a psicanálise

freudiana não me parecia adequada para isso. Eu não quis mais analisar aquele sujeito nos moldes da psicanálise, porque foi ficando claro para mim que a questão era com o trabalho e a sua infância e seus sentimentos de humilhação, sua gagueira, sua transferência em relação a mim. Como um jovem idealista, pensava em outras maneiras de, junto com aquele sujeito, evidenciar as contradições e implicações daquele trabalho para a sua saúde. Abandonei a psicanálise e fui estudar a saúde do trabalhador, começando a buscar material para entender o cotidiano dos trabalhadores brasileiros. Passei por Huberman, Castel, entre outros.

Nessa época eu fui aprovado no processo seletivo da UMESP na área da psicologia da saúde. Desisti da vaga e fui para a FIOCRUZ cursar a Especialização em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana. E esse foi o palco da minha nova formação. Estudei a história de criação e desenvolvimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, em seguida, no mestrado, a vigilância das cadeias produtivas e agora, a vigilância da saúde mental.

No primeiro ano de doutorado, meu amigo Armando - o cara mais inteligente da turma de 2011 do doutorado - me encaminhou um email com processos seletivos. Pequenos gestos fazem outros dar grandes passos. Eu disse isso para ele, porque seus e-mails me levaram a fazer concursos e ingressar como professor temporário na UFF em 2011 e na UFMT em 2013.

Outro dia, remexendo meus papéis que parecem não ter fim, entre coisas novas e outras muito velhas, boas e ruins, encontrei rabiscos antigos. Eram fichamentos, resumos aleatórios de temas de minha atenção datados de 2005. Desde então eu nunca havia manuseado. Sentei para abrir a pasta com atenção. Verifiquei algumas anotações sobre processo de trabalho, diferenças de saúde ocupacional e saúde do trabalhador, revolução industrial, a miséria da classe trabalhadora na Inglaterra do século XVIII...

Surpresa enorme foi ver que eram textos em saúde do trabalhador, muitos, inclusive, escritos por Minayo, Fadel, Lacaz, Jorge... Quase 10 anos atrás, quando nem ao menos sonhava em entrar na seara da saúde do trabalhador. Esses companheiros me fazem lembrar uma palavra que meu pai, Mário Henrique Herdy Leão, sempre declarava quando falava sobre meu avô, Jabs dos Santos Leão: *“Hoje enxergo mais longe porque me apoiei no ombro de gigantes”*.

Com reflexos dessa história, a saúde mental tem sido uma preocupação para o momento histórico do Brasil em termos de saúde do trabalhador e esta tese é parte de um esforço de contribuição para disparar a discussão do “povo da saúde do trabalhador” para criar estratégias para implementação de experiências de vigilância em saúde mental.

O texto que segue então defende a ideia da integração da saúde mental dos trabalhadores nas práticas de vigilância, preenchendo a lacuna de perspectivas técnicas e sociais para as equipes de saúde do trabalhador lidarem com essa problemática.

Ao mesmo tempo, traz questionamentos, impasses, dilemas, princípios e elementos-chaves que a temática coloca para a vigilância analisar-intervir nos processos de trabalho de modo singular. Daí discuto (a) subsídios teóricos para a integração da saúde mental na vigilância, (b) a produção de informação necessária, adequada e seus dilemas e alternativas (c) os níveis de ação interventiva sobre a organização do trabalho.

Organizei o texto em três partes. A primeira é uma contextualização da saúde mental enquanto uma questão premente no mundo do trabalho contemporâneo. No capítulo 1, apresento um amplo quadro de caracterização das transformações dos processos de trabalho e suas repercussões na subjetividade dos trabalhadores, partindo de autores críticos do capitalismo atual. Levanto também problemas históricos, teóricos e sociais relativos ao modo de conceber e tratar o sofrimento dos trabalhadores, especialmente a diversidade da categoria sofrimento, a medicalização e individualização da saúde mental.

No capítulo 2, apresento a saúde mental como uma questão para a vigilância, explicitando o caminho do pensamento seguido nesta tese, complementando aspectos relativos à justificativa, caracterizando o objeto da minha investigação e esclarecendo a abordagem metodológica seguida.

Na segunda parte da tese, apresento o conjunto de discursos contemporâneos sobre a saúde mental dos trabalhadores enfocando, no capítulo 3, as linhagens teóricas e matrizes de compreensão da relação saúde mental e trabalho existentes e, no capítulo seguinte, enfocando algumas recomendações e práticas presentes em âmbitos institucionais, para além das práticas de produção do conhecimento acadêmico.

Em face dos desafios e problemas apontados inicialmente na primeira parte e das sínteses dos discursos em saúde mental dos trabalhadores da segunda, procedo a análise da vigilância em saúde do trabalhador, na parte final, procurando apresentar o quadro de ações que já existe no contexto da Renast, elencando igualmente novos desafios, dilemas e limitações. E o capítulo final visa traçar algumas linhas de ação estratégicas para a implementação de experiências de vigilância em saúde mental do ponto de vista da produção de informações e intervenção nos processos de trabalho.

Dado esse caráter analítico-propositivo, esta tese pretende abrir mais questões e perspectivas de ação, tanto para a produção de conhecimentos quanto para o campo

institucional da saúde do trabalhador no Brasil, que implica em esforços para desdobramentos históricos no âmbito das práticas públicas de produção de saúde.

PARTE 1**VIGILÂNCIA, SAÚDE MENTAL E TRABALHO: QUESTÕES INTRODUTÓRIAS E CONTEXTUAIS****CAPÍTULO 1 - A SAÚDE MENTAL COMO QUESTÃO DO MUNDO DO TRABALHO****Trabalho contemporâneo e saúde mental dos trabalhadores**

Análises sobre as tendências e configurações do trabalho contemporâneo apontam situações importantes de serem refletidas quando se pensa a vigilância e suas interfaces com as problemáticas da saúde mental dos trabalhadores.

A literatura sobre o capitalismo contemporâneo tem revelado as mudanças econômicas, políticas e sociais, incluindo seus impactos no mundo do trabalho e suas repercussões na subjetividade dos trabalhadores. Em geral, as análises revelam o quanto o atual modo de produção-consumo conformam complexos e heterogêneos problemas de saúde mental. Muitos deles decorrem das características técnicas e sociais da gestão e organização do trabalho pós-fordistas, que induzem novos sofrimentos físicos, psíquicos e sociais (Renault, 2006 e 2008; Gorz, 2005; Lazzarato e Negri, 2001).

Luc Boltanski e Ève Chiapello, por exemplo, em “O novo espírito do capitalismo” (2009) destacam as duas principais condições dos trabalhadores na atual fase do capitalismo: de um lado, trabalhadores qualificados, bem remunerados nas grandes empresas, de outro, trabalhadores instáveis, pouco qualificados e fragilmente protegidos por políticas sociais, como também os “inempregáveis”. Esse dualismo nos assalariados mostra a extrema diversificação dos tipos de empregadores e vínculos de trabalho em um mesmo local e/ou empresa.

Nesse contexto, percebe-se a intensificação do trabalho, a redução nos salários e a gestão empresarial como uma prática de higienismo social, excluindo parcelas da população. São práticas de exclusão dos menos aptos ao trabalho, dos mais frágeis física ou psiquicamente, menos maleáveis, aumentando assim a precariedade e desemprego (Boltanski e Chiapello, 2009).

As novas formas de organização do trabalho, tal qual o toytismo, são indutoras de maior cansaço e ansiedade em trabalhadores, fruto das pressões da variedade de demandas e exigências contínuas nos padrões de qualidade, como pode ser observado na busca por um modelo de “defeito zero” (Castells, 1999).

A incorporação da informatização e das novas tecnologias tem intensificado as pressões psicológicas, pois elas demandam maior vigilância, atenção e disponibilidade dos trabalhadores. Paralelamente, percebe-se o aumento da vigilância e controle sobre os trabalhadores, seus rendimentos e performance via dispositivos digitais e tecnologias da informação.

Se, por um lado, as conjunturas possibilitam desenvolvimento de maior autonomia dos trabalhadores, por outro, aumentam a exploração, inclusive de suas capacidades e competências subjetivas (relacionamento, flexibilidade, envolvimento afetivo, engajamento etc.). “Com os novos dispositivos de expressão e resolução de problemas, as pessoas foram muito mais solicitadas do que antes no sentido de mobilizar inteligência, senso de observação e astúcia em proveito da empresa” (Boltanski e Chiapello, 2009, p. 277-278).

Nesse processo, ocorre a tendência à individualização das situações de trabalho observada nas remunerações vinculadas ao desempenho individual ou da unidade/setor empresarial e não à função estabelecida.

Essa dimensão, que Gilles Deleuze (1992) chama de princípio modulador do salário por mérito, é uma característica das sociedades de controle. Ela surge da crise das sociedades disciplinares após a Segunda Guerra Mundial, quando a massa de trabalhadores não é mais entendida como um só corpo vigiado pelo patronato e motivado à resistência pelo sindicato. O princípio da modulação do salário de cada trabalhador em função de concursos, desafios, prêmios, produz um estado perpétuo de metaestabilidade. Essa consequência atravessa a sociedade de controle (Deleuze, 1992).

Conforme Philippe Zarifian (2002), nas sociedades disciplinares existiam diversos dispositivos disciplinares. A disciplina dos horários, do movimento dos corpos e movimentos, coordenação de operações no trabalho e o cerceamento do espaço e com o declínio das sociedades disciplinares emerge a sociedade de controle, com menos ênfase no confinamento e maior abertura quanto ao espaço, porém com novas formas de controle ultra-rápidas e flexíveis.

Assim, na empresa moderna ocorre uma modulação contínua de salário, das metas, do conteúdo do trabalho, entre outras coisas. “O homem das disciplinas era um produtor descontínuo de energia. Já o homem do controle, ondulatório, sinuoso, é um corpo que orbita sem cessar a trajetória do feixe que o arrebatava – o surf substituiu a célula” (Zarifian, 2002, p. 3). O engajamento subjetivo dos trabalhadores é o cerne de um controle e dominação na cena atual, ao mesmo tempo, uma fonte de possibilidades de emancipação.

No trabalho taylorizado, os trabalhadores deveriam ser desprovidos de seus saberes, submetidos a uma divisão parcelada do trabalho, executando as tarefas como autômatos, enquanto os trabalhadores no pós-fordismo, devem, ao contrário, entrar no processo produtivo com toda a sua bagagem cultural adquirida na sua trajetória de vida. É esse saber que a empresa põe a trabalhar (Gorz, 2005).

Atualmente, o pós fordismo é caracterizado por profundas mudanças nas organizações de trabalho, no gerenciamento e nos salários e são requeridas cada vez mais responsabilidades, autonomia e maior engajamento do *corpo e da alma* dos trabalhadores. Eles são instados a serem empreendedores, colaboradores e as qualidades requeridas dos profissionais passam a ser comportamentais, expressivas e imaginativas (Renault, 2006; Gorz, 2005).

Devido às exigências de investimento da subjetividade no trabalho, autores afirmam que atualmente “é a alma do operário que deve descer na oficina” (Lazzarato e Negri, 2001, p. 25).

Nas novas configurações, percebe-se a baixa nos salários, o advento do sujeito auto-empresendedor, os procedimentos de qualidade total, a avaliação individual dos resultados, a precarização, a redução dos efetivos que atomizam os coletivos de trabalho e impõe dificuldades à dimensão cooperativa do trabalho (Boltanski e Chiapello, 2009; Gorz, 2005, Renault, 2008).

A prescrição para a realização das tarefas é a subjetividade e a capacidade dos trabalhadores em responder ao imprevisto, identificar e resolver problemas (Gorz, 2005). A administração participativa, no seio da empresa, busca então mobilizar diversas competências, não apenas técnicas, mas sociais e culturais (Castel, 1998).

Mesmo com todas essas transformações, “o trabalho continua sendo uma referência não só economicamente, mas também psicologicamente, culturalmente e simbolicamente dominante, como provam as reações dos que não o tem” (Castel, 1998, p. 578).

Segundo esse autor, cinco condições asseguraram a passagem da regulação salarial do início da industrialização à sociedade salarial fordista: a separação entre aqueles que trabalham efetiva e regularmente e os inativos ou os semiativos, que devem ser ou excluídos do mercado do trabalho ou integrados sob formas regulamentadas; a fixação do trabalhador no seu posto de trabalho e a racionalização do processo de trabalho no quadro de uma gestão do tempo exata, recortada, regulamentada; o acesso por intermédio do salário a novas normas de consumos operários, através do que o próprio operário se torna usuário da produção em massa; o acesso a propriedade e aos serviços públicos, a inscrição em um direito do trabalho

que reconhece o trabalhador como membro de um coletivo dotado de um estatuto social além da dimensão puramente individual do contrato de trabalho (Castel, 1998).

Todas essas características vão ruindo à medida que o capitalismo globalizado vai alterando paulatinamente o padrão da organização do trabalho fordista. Esse paradigma fordista, cujo primado era a produção em massa e a rigidez de um processo de trabalho parcelado, gerando produtos homogêneos, contratos de trabalho fixos e coletivos, em um mercado pré-definido e com fortes movimentos sindicais organizados por categoria, dá seus primeiros sinais de esgotamento na década de 1970 (Harvey, 1994, Antunes, 1995). Desde então, emergem variações desse fordismo. Um novo modelo, denominado de “especialização flexível” por Piore e Sabel (1984), emerge tendo como traços básicos a produção pela demanda, a busca por melhor aproveitamento do tempo, necessidade de trabalhadores multifuncionais, o sistema *kan-ban*, a ênfase no trabalho em equipe, configurando novas formas de intensificação da exploração do trabalho (Antunes, 1995).

Assim, o desemprego e a precarização do trabalho demonstram as transformações radicais nas conjunturas do emprego na contemporaneidade. “A diversidade e a descontinuidade das formas de emprego estão em via de suplantar o paradigma do emprego homogêneo e estável” (Castel, 1998, p. 516).

Essa precarização do trabalho permite compreender processos que alimentam a vulnerabilidade social e produzem desemprego e desfiliação. Essa conjuntura funciona como uma verdadeira “máquina de vulnerabilizar” (Castel, 1998, p. 519).

As organizações de trabalho na nova dinâmica da economia lançam mão de formas de contratação de força de trabalho temporária, tempo parcial, subcontratação (terceirização) e adotam métodos de produção mais flexíveis com a utilização de novas tecnologias. Consequentemente, surgem novas fontes de problemas, menor estabilidade no emprego para a classe trabalhadora e aumento de cargas de trabalho (Niosh, 2002). As mudanças ocorridas ultrapassaram e desafiam a compreensão que se tem sobre a relação da organização dos processos de trabalho e o processo saúde-doença. E todas essas mudanças nas organizações de trabalho não têm sido devidamente acompanhadas de pesquisas para sua adequada compreensão.

Ora, todas essas reflexões sobre o capitalismo contemporâneo reconhecem a subjetividade dos trabalhadores como uma dimensão central e apontam o quanto as novas exigências se fazem sentir nas manifestações de sofrimento dos trabalhadores.

Por outro lado, essas ricas e profundas análises do capitalismo parecem sugerir uma associação direta entre as mudanças políticas e econômicas que conformam novas formas de

gestão do trabalho e os adoecimentos psíquicos dos trabalhadores. É como se houvesse um impacto linear das novas práticas organizacionais sobre os indivíduos.

Sofrimento: uma questão premente para a saúde do trabalhador

Essas manifestações do sofrimento dos trabalhadores na atualidade estão entre os grandes problemas de saúde pública que exigem a investigação e intervenção da vigilância. Como visto, as condições de trabalho na atualidade são marcadas por uma mobilização sem precedentes da subjetividade, em um contexto em que o apoio social aos trabalhadores é fragilizado (Renault, 2008). Opera-se a inversão da ênfase nas exigências corporais para as exigências psicossociais. O taylorismo mobilizou corpos para a eficiência e, no pós-taylorismo, a autonomia e responsabilidade dos trabalhadores geraram uma intensificação no trabalho. Nos serviços, a mobilização da subjetividade porta um “saber ser” (Renault, 2008) e o controle das emoções para além de um “saber fazer”.

O sofrimento aumentou nesse contexto devido às injunções contraditórias: assumir autonomia e responsabilidade onde há pouca margem de manobra; contribuir para a melhoria dos processos da empresa quando os efetivos estão em redução constante; continuar a se engajar no trabalho como atividade coletiva em um contexto de atomização dos coletivos e de concorrência entre empregados (Renault, 2008).

No caso dos serviços, percebem-se as exigências do trabalho “com” o cliente e a dificuldade de mobilizar as emoções e afetos publicamente. Dificuldades de reconhecimento pelos colegas e hierarquia, flexibilização interna e externa que dificulta uma identificação com o trabalho durável¹.

Crescem também os casos de violência psicológica, assédio moral e sexual, que geralmente preenchem o rol dos processos na justiça do trabalho. Ou seja, problemas coletivos e de saúde pública, tratados judicialmente como questões individuais.

Além disso, na cultura narcisista de valorização do eu, as exigências de excelência e eficiência se tornam fatores psicossociais originadores de formas diferenciadas de sofrimento na atualidade. Esse culto da *performance*, tão em voga, implica na necessidade de se mostrar forte, competitivo no mercado, às custas, inclusive da saúde. E, nas organizações de trabalho, percebe-se justamente uma coerção à perfeição, levando ao medo de discordar - adesão ou

¹ Obviamente os problemas de sofrimento do trabalho acompanham o capitalismo, já que em todas as configurações correspondem a modalidades distintas de sofrimento (degradação das condições de vida e trabalho no séc. XVIII, etc.)

exclusão - à coação ao fingimento, à necessidade de demonstrar energia, ao culto à urgência e à rapidez, em um contexto de precarização do trabalho (Franco, Druck, Seligmann-Silva, 2010). Daí alguns autores apontarem as manifestações das “neuroses de excelência” (Albert, 1993).

Nesse cenário, o sofrimento pode assumir muitas faces como medo, angústia, silêncio frente às injustiças, aceitação de penosidades perante as exigências subjetivas.

Dejours chama a atenção para algumas patologias em desenvolvimento neste momento. Por exemplo, as patologias de sobrecarga, como o *Burnout*, o *Karoshi*, os distúrbios musculoesqueléticos (Ler/Dort), as patologias do assédio, como síndromes de perseguição, distúrbios psicossomáticos, confusões do pensamento e síndromes depressivas, que são patologias da solidão. Essas decorrem da perda dos laços de solidariedade e diminuição do capital social, fruto da competitividade impulsionadora do isolamento e da perda dos vínculos coletivos (Dejours, 2011).

Outra manifestação do sofrimento apontada por esse autor são os suicídios relacionados ao trabalho². Esses resultam da “experiência do silêncio dos outros, do abandono pelos outros, da recusa de testemunho pelos outros, da covardia dos outros. A injustiça e o assédio que outrora teriam sido considerados experiências árduas ou dolorosas podem, no atual contexto, degenerar brutalmente em crise de identidade” (Dejours e Bègue, 2010, p. 47). Segundo esses autores, a falta de espaços para se discutir o sofrimento, o mutismo coletivo e a falta de interlocutores que deem atenção àquele que sofre, levou a uma crescente onda de suicídios no trabalho na França.

Nesse contexto, percebem-se também violências diversas, inclusive as organizacionais e gerenciais. As empresas, em geral, atuam sob o primado da racionalidade instrumental e utilitarista. Tendem a tratar seres humanos e natureza como *recursos*. Em detrimento da ética, a valorização das exigências do mercado. Ao invés do bem-estar do coletivo, o sucesso privado. Em nome da guerra dos negócios, as múltiplas exigências, tensões e penosidades, trazem repercussões aos trabalhadores, dificultando a expressão dos sofrimentos e mal-estares. Quando os negócios viram guerra, instala-se uma situação similar aos estados de

² Segundo ele, a partir de 1990 ocorrem três mudanças nas organizações de trabalho: a gestão em detrimento do trabalho, avaliação individualizada do desempenho, e a qualidade total (Dejours e Bègue, 2010). O primeiro princípio é o recurso sistemático à avaliação quantitativa e objetiva do trabalho. O segundo princípio das novas formas de organização do trabalho, de gestão e de direção das empresas é a individualização e o apelo à concorrência generalizada entre as pessoas, entre as equipes e entre os serviços. O resultado destas práticas gerenciais é o isolamento de cada indivíduo, a solidão e a desagregação, a perda do viver junto que estão na origem das patologias da solidão (Dejours).

exceção ou de sítio, nos quais se toleram formas de violência outrora moral e legalmente combatidas (Gaulejac, 2007).

Sob essa representação social do mundo do trabalho como esfera aguerrida, bélica, trabalhadores são instados a se tornarem soldados, vencedores e heróis. A construção desse imaginário guerreiro justifica e naturaliza, tanto as exigências sobre os trabalhadores, quanto as violências no trabalho, seja da gestão ou entre os grupos de trabalho (Gaulejac, 2007).

Nessa visão, as más condições de trabalho, o desgaste do corpo e os sofrimentos de ordem psicossocial, a perda da saúde dos trabalhadores, se tornam preço “justo” a pagar na batalha. Aliás, preço que recai com maior incidência sobre os próprios trabalhadores, onerados pelo seu infortúnio.

No Brasil, outras situações sociais e econômicas também corroboram para a emergência de sofrimentos psicossociais. Ao lado das novas configurações do modelo capitalista globalizado, com flexibilização, intensificação e precarização do trabalho, persistem problemas históricos de desigualdade de renda, exclusão social e más condições de vida.

Ao nível das organizações públicas e privadas, empresas e locais de trabalho, surgem práticas de gestão por ameaças, medo constante do desemprego, ética de competitividade, insatisfações e queixas frequentes de mal-estar e sofrimento inespecíficos - de acordo com os critérios de classificação de doenças mentais e transtornos do comportamento. Grande quantidade de trabalhadores tem vínculos precários, por exemplo, contratos temporários, trabalho sazonal, informal, e alguns sem qualquer cobertura de direitos trabalhistas e previdenciários.

Nessa conjuntura, ocorrem superposições de pressões econômicas, sociais e organizacionais sobre os trabalhadores gerando situações de risco e vulnerabilidade, bem como recorrentes e numerosos casos de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais, formando um panorama desafiador para as instâncias promotoras de intervenção em saúde do trabalhador.

Segundo Franco, Druck e Seligmann-Silva (2010), houve um aumento de afastamentos do trabalho ocasionados por transtornos e psicopatologias, conforme dados do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS. O número aumentou de 612 casos em 2006 para 12.882 em 2009.

Em janeiro de 2013, conforme o “Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentários Concedidos segundo os Códigos da CID-10” do INSS, do total de 23.062 auxílios concedidos, em primeiro lugar aparecem as lesões, envenenamentos e

traumatismos (14.859 auxílios concedidos), em segundo as doenças do sistema osteomuscular (5.493), e em terceiro os transtornos mentais e comportamentais (951). Esse dado é apenas um indicativo da realidade de trabalhadores segurados (INSS, 2013).

Outro ponto importante é a emergência do setor de serviços no atual estágio do capitalismo que faz despontar novos sofrimentos. Chama atenção o crescimento desse setor, pois ocupa 3/4 da população economicamente ativa. Esse novo paradigma produtivo, centrado no setor terciário, alterou o padrão industrial dos séculos XIX e XX, frente ao qual o campo da saúde do trabalhador se desenvolveu, na academia e nas ações institucionais. As transformações dos processos e organização do trabalho do novo modelo calcado no setor de serviços desafiam a saúde do trabalhador e exigem inovadoras perspectivas de análise-intervenção, sobretudo porque geram sofrimentos específicos de ordem psicossocial.

Pena e Minayo-Gomez (2009) demonstram dimensões conceituais centrais para a compreensão e análise desse setor, como a gestão emocional, simultaneidade e a coprodução, que permitem verificar novas formas de adoecimentos, distúrbios e sofrimento psíquicos.

É facilmente perceptível que, entre as categorias profissionais do setor de serviços, como profissionais de saúde e educação, as demandas de sofrimentos e adoecimentos são crescentes. Um breve levantamento bibliográfico na base de dados Scielo, por meio das palavras-chave [transtornos mentais e trabalho], aponta que 11 dos 13 artigos encontrados tratam de profissionais de serviços.

Os sofrimentos no campo também aparecem na literatura. A produção de conhecimento sobre os aspectos psicossociais dos trabalhadores rurais como um todo é escassa. Mas a literatura desse campo aponta a presença de distúrbios do sono e qualidade de vida de trabalhadores rurais, manifestações de ansiedade e depressão, e distúrbios mentais e do comportamento originados por exposição a substâncias químicas, como os agrotóxicos e suicídios de trabalhadores (Vilhena *et al*, 2011; Menezes e Silva, 2011; Moraes-Silva *et al*, 2006, Rocha, Marziale e Hong, 2010).

Além dessas manifestações, merecem atenção às situações psicossociais como a falta do reconhecimento no trabalho rural, a invisibilidade dos trabalhadores e o próprio estigma do rural na sociedade contemporânea, que até agora não têm sido abordadas de modo aprofundado na literatura em saúde do trabalhador. A especificidade desses setores e os sofrimentos que originam são demandas importantes para ações nesse campo.

Em síntese, na atualidade esses elementos conjunturais, econômicos, sociais, técnicos e organizacionais estão na origem das manifestações em saúde mental dos trabalhadores. Ao abordarmos esse objeto nesta tese, certos problemas conceituais e sociais se colocam, como a

diversidade da categoria sofrimento e a tendência de patologização e individualização da saúde mental.

Diversidade de compreensões sobre o sofrimento

Multiplicam-se expressões como sofrimento do/no corpo, sofrimento mental, sofrimento psíquico, sofrimento físico, dor, transtornos mentais e do comportamento, patologia e adoecimento, na literatura científica e no imaginário popular.

De que sofrimento se trata? Como lidar conceitualmente com as experiências do sofrer? Ora, discutir essa categoria requer aprofundamentos teórico-metodológicos, maior precisão e delimitação desses termos, já que a dispersão dessas expressões decorre das múltiplas abordagens epistemológicas que embasam distintos campos do saber. Esses inclusive constituem discursos conflitivos e controversos sobre o tema (ex. saúde mental, atenção psicossocial, psicopatologia, etc.).

Um breve olhar quanto aos saberes e práticas sobre o sofrimento humano evidencia que ele tem sido historicamente representado em palavras, imagens, sinais, signos e símbolos que expressam as variadas experiências do viver. Esse tema aparece nas mais diferentes formas de conhecimento ao longo dos tempos, sendo também uma categoria presente na construção da ciência moderna.

A variedade de discursos sobre o sofrimento no campo científico nos séculos XX e XXI pode ser facilmente demonstrada através das abordagens existentes como a do sofrimento ético-afetivo (Sawaia), sofrimento psíquico (Freud, Dejours, Ricoeur), sofrimento social (Bourdieu, Renault, Das), sofrimento moral (Boltanski), entre outros.

Considerando que a temática do sofrimento – enquanto conceito – está em nascimento no campo da saúde do trabalhador (Brant e Minayo-Gomez, 2011), pretende-se discuti-la no contexto da saúde mental, priorizando modalidades de intervenção possíveis para os serviços de saúde do trabalhador.

Afinal, os termos sofrimento e saúde mental, nesse campo, também são usados sem a devida precisão conceitual. Fazem menção a transtorno psiquiátrico menor, adoecimentos, uma dimensão interna ao sujeito, uma instância intermediária entre saúde e doença ou um bem do sujeito. Ocorre que “uma frágil delimitação conceitual entre os termos sofrimento e transtorno mental pode acarretar problemas de ordem metodológica, técnica e ética, bem como comprometer a formulação de programas de atenção à saúde dos trabalhadores” (Brant e Minayo-Gomez, 2011, p. 385).

Obviamente, a maneira como é concebida a categoria saúde mental, em dado contexto histórico-social, determina as práticas de cuidado, atenção, vigilância e promoção à saúde. As concepções fundam ações sociais e institucionais em torno do problema. Uma dimensão a ser discutida, portanto, é a instituição histórica das práticas e saberes que incidem sobre o sofrimento de ordem mental dos trabalhadores.

De modo geral, com o surgimento da modernidade e o desenvolvimento da ciência moderna, sobretudo a partir de meados do século XVIII e XIX, emergem campos científicos voltados para a compreensão-intervenção no sofrimento humano, como a Psiquiatria, a Psicologia e a própria Psicanálise, transformando o modo de intervenção sobre ele.

Nesse percurso, o sofrimento humano foi sendo paulatinamente interpretado como doença, patologia, transtorno, neurose, depressão, de modo que outro problema pode ser levantado aqui: a medicalização e a consequente individualização, culpabilização e vitimização de problemas cuja causalidade não estaria no corpo (biológico) ou nas instâncias psíquicas, mas nas relações sociais.

Medicalização e patologização em saúde mental

A medicalização é um processo pelo qual situações e manifestações de ordem mais social passam a ser definidas e tratadas como distúrbios e doenças. Os fenômenos são concebidos e entendidos em uma abordagem organicista e tratadas por uma intervenção médica (Conrad, 2007).

Esse fenômeno vem sendo estudado desde os anos 1960 por sociólogos e decorre de fatores principais como o aumento do poder da medicina (imperialismo médico, conforme Ivan Illich), das ações de grupos e movimentos sociais e das inovações tecnológico-farmacêuticas.

A medicalização transforma aspectos da vida cotidiana em patologias e busca a fonte do problema apenas no indivíduo sem considerar o ambiente social. Reclama intervenções médicas individualizadas, ao invés de soluções sociais e coletivas, induzindo a um controle médico sobre o comportamento humano (Conrad, 2007).

A loucura é um exemplo paradigmático nesse processo, pois em dado momento foi interpretada como doença mental, tornando-se problema médico/psiquiátrico³. Apesar de o

³ No que tange práticas sexuais (masturbação, ninfomania, homossexualidade), a partir do século XIX, são vistas como anormalidades ligadas à loucura e lidas como distúrbios de um ser que não conseguia se adaptar à família burguesa.

louco ser excluído em diferentes épocas e sociedades (de diferentes modos), é a partir do nascimento da sociedade industrial no século XVII que sua existência não é mais tolerada.

No contexto da emergência do capitalismo, verificam-se práticas disciplinares de internação daqueles que não eram considerados úteis para a produção: loucos, idosos, prostitutas e todos aqueles que não podiam trabalhar (Foucault, 2010a). Essa “grande internação”, que no século XIX era direito da família, passa a ser uma prerrogativa eminentemente médica. E nesses ambientes de reclusão não havia qualquer intenção terapêutica, pois todos os internos eram sujeitados a trabalhos forçados.

Se essa medicalização produziu-se foi, como eu disse há pouco, por razões essencialmente econômicas e sociais: foi assim que o louco foi identificado ao doente mental e que uma entidade chamada doença mental foi descoberta e desenvolvida. Os hospitais psiquiátricos foram criados como alguma coisa simétrica em relação aos hospitais para doenças físicas (Foucault, 2010, p. 266).

Essa transformação não é apenas epistemológica, mas, sobretudo, política e social.

Importante assinalar um aspecto: a inadaptação ao trabalho torna-se o critério da loucura. “O primeiro critério para determinar a loucura em um indivíduo consiste em mostrar que é um homem inapto ao trabalho. Freud disse com precisão: o louco (ele fala sobre o estudo das neuroses) era uma pessoa que não podia nem trabalhar nem amar” (Foucault, 2010, p. 261).

Até mesmo a libertação de pessoas internadas, efetuada por Pinel, foi parcial, já que manteve encarcerados os inúteis para o capitalismo. Ele liberou os velhos, prostitutas e desempregados, porém deixou os loucos. Isso porque a causalidade dos distúrbios atribuídos a essas pessoas fora interpretada como algo da ordem do caráter e da natureza psicológica. O que até então era um lugar de internação, passa a ser hospital psiquiátrico, organismo de tratamento, e assim os distúrbios mentais passam a ser objeto da medicina.

Segundo Foucault, na época clássica o estatuto do louco é conferido não pelo conhecimento médico, mas por uma percepção social, dispersa e produzida por diversas instituições da sociedade como a polícia, a justiça, a família e a igreja. “O fenômeno da loucura se passa no interior do próprio sujeito. Dizendo respeito à verdade do homem, a loucura se interioriza, se psicologiza, torna-se antropológica” (Machado, 1981, p. 73).

Ao longo do século XX, além das práticas de exclusão dos loucos, podem ser percebidas práticas de adaptação e disciplina da força de trabalho, como o controle do tempo/espço e dos gestos/movimentos dos trabalhadores preconizados pelos princípios e práticas tayloristas.

No início do desenvolvimento industrial brasileiro, diversas práticas de adaptação e de normalização também ocorreram, como atestam as pesquisas de Carvalho (1999, 2010, 2011). Essas foram verdadeiras práticas de submissão, controle e tutela dos trabalhadores, com ênfases eugênicas, focalizadas nas investigações de higiene mental, sob o prisma do desenvolvimento nacional.

O surgimento da psicotécnica, por exemplo, entre as décadas de 1930 e 1940, no Brasil, serviu à disciplina e ao enquadramento dos trabalhadores em virtude da industrialização (Castro e Leão, 2012). Avaliação individual e treinamento, com base em distinções pretensamente psicológicas e científicas, buscavam adequar os trabalhadores à nova ordem social do ideário do progresso. A criação da Liga Brasileira de Higiene Mental tipifica essas relações.

O que queremos salientar é que a medicalização da sociedade implicou na patologização do sofrimento dos trabalhadores. Isso é perceptível nas abordagens teóricas que surgiram em torno do tema e nas práticas de atenção-cuidado que se seguiram.

O próprio surgimento da medicina do trabalho, da saúde ocupacional e da higiene do trabalho contribuiu para a transformação dos trabalhadores em objeto de intervenção médica/profissional, como demonstra a literatura no campo da saúde do trabalhador (Mendes e Dias, 1991).

No campo da saúde mental dos trabalhadores, as abordagens epidemiológicas e psicopatológicas acabaram privilegiando estudos sobre os transtornos mentais e os desgastes físicos/mentais. Conseqüentemente, as práticas de atenção à saúde em serviços públicos e privados voltam-se hegemonicamente para o diagnóstico e tratamento dos distúrbios e sintomas patológicos, com poucas ênfases nas atuações da vigilância em saúde.

Essas práticas podem ser analisadas do ponto de vista da biopolítica, conforme as concepções de Michel Foucault e Giorgio Agamben. Esse primeiro autor (2010b; 2008) descreve o desenvolvimento de mecanismos de poder sobre a população a partir do corpo e debate os processos de ortopedia social, disciplina e controle dos grupos humanos. Segundo ele, a biopolítica, como uma prática de governo das populações, incide sobre os corpos à serviço da domesticação e modelagem com vistas a fornecer força de trabalho dócil e forte ao capitalismo.

Em “O Nascimento da Medicina Social”, Foucault (1982a) analisa o surgimento da medicina moderna e seu caráter social, a partir de três etapas formativas (alemã, francesa e inglesa), como uma tecnologia do corpo social.

No decorrer dos séculos XVIII e XIX, a sociedade capitalista investiu no corpo como uma realidade biopolítica, sendo a medicina uma de suas estratégias. Na Alemanha do início do século XVIII surge a Medicina de Estado, caracterizada por incidir sobre o corpo dos indivíduos enquanto elemento constituinte do Estado. O segundo momento da medicina social vem da França, no fim do séc. XVIII, a partir do fenômeno da urbanização. Essa medicina buscou esquadrihar tudo o que no espaço urbano pudesse causar doenças, endemias e epidemias. Por fim, no séc. XIX, a medicina social aparece na Inglaterra como controle da saúde e do corpo das classes mais pobres, para torná-las mais aptas ao trabalho. Essa última etapa se constitui como uma verdadeira medicina da força de trabalho. Ou seja, o corpo tornou-se uma realidade biopolítica, pois é sobre ele que investiu a sociedade capitalista.

Agamben (2007), seguindo a tradição foucaultiana, enfatiza aspectos da transformação da biopolítica em tanatopolítica durante o século XX. Essa ideia da política de morte enfatiza que as práticas do poder soberano servem à eliminação das “vidas indignas de serem vividas”. Ou seja, trata-se de ações sobre quem deve morrer e quem deve viver, como bem exemplifica a eugenia e o extermínio dos judeus nos campos de concentração, no século XX.

Durante os dois últimos séculos, essas formas de intervenção e gestão sobre corpos e populações conformaram um paradoxo. Por um lado, os direitos conquistados (mulheres, trabalhadores, crianças, reconhecimento de direitos básicos à alimentação e etc.) apontam a positividade da biopolítica. A face obscura se apresenta nas políticas higiênicas, psiquiátricas e eugênicas do século XIX, que passam a classificar certas condutas humanas como anormais, desenvolvendo determinadas formas de controle médico (Caponi, 2009).

É assim que a psiquiatria, no início do século XIX, surge como uma prática de medicalização das condutas, dos sofrimentos e dos desvios, e “parece não ter desaparecido completamente quando olhamos para a proliferação de patologias mentais ocorrida nos últimos 30 anos” (Caponi, 2009, p. 546).

A contemporaneidade contém elementos dessas práticas, na medida em que tende a considerar os sofrimentos como depressão, estresse e outras “entidades” descritas em códigos nosográficos.

Seixas e Birman (2012, p. 18) destacam a implicação da biopolítica na produção de novas formas de sofrimento. “Observa-se na contemporaneidade um deslocamento do sofrimento fundado na angústia suscitada pelos conflitos psíquicos para o sofrimento centrado na depressão e no sentimento de insuficiência, ou seja, uma modalidade de sofrimento que encarna a tensão de individualizar-se tornando-se si mesmo e a dificuldade de sê-lo”.

A transformação de situações da vida em fatos estritamente biológicos e a leitura de sintomas e queixas como patologia se manifestam na cena contemporânea na multiplicação dos distúrbios, especialmente sobre a doença mental.

Soares e Caponi (2011), em uma pesquisa sobre depressão, identificaram a transformação de diferentes formas de sofrimento em patologias individuais, mensuráveis e homogêneas por meio de critérios diagnósticos. Os autores perceberam também a aplicação de “recursos terapêuticos universalizáveis”, voltadas ao indivíduo, com destaque para os antidepressivos, apresentados como opção terapêutica privilegiada (Soares e Caponi, 2011, p. 445).

No cenário contemporâneo, portanto, os sofrimentos que outrora eram manifestações variadas das experiências do viver, ganham contornos de patologias - depressão, estresse no mundo do trabalho. Uma consequência entre os trabalhadores, dado o contexto de concorrência em que estão inseridos, é a tendência a desenvolver e manter *performances* de alto nível, inibindo ou escamoteando qualquer manifestação de sofrimento.

Aliás, essas manifestações de sofrimento, como tristeza, cansaço, medo, impaciência, desmotivação, entre tantas outras, tendem a ser interpretadas como depressão e doenças, fazendo aumentar o uso de medicamentos para ansiedade, depressão, etc.

Ehrenberg (2010) demonstra que o discurso sobre medicamentos psicotrópicos e seu consumo em massa (drogas, sejam sedativas, estimulantes ou euforizantes) está associado à concorrência⁴ e seu uso em etapas difíceis na vida - medicamentos para insônia e tristeza, por exemplo - cria uma “civilização química”. Passa-se do ópio do povo à sociedade dopada. Essa cultura da ansiedade é a face sombria da cultura da conquista. E as drogas “são como a religião do indivíduo que sofre” (Ehrenberg, 2010, p. 141).

Os sofrimentos dos trabalhadores sendo constantemente interpretados como estresse, patologia e transtorno mental e do comportamento, tendem a forjar indivíduos/trabalhadores adoecidos, direcionando práticas de atenção e vigilância da doença, deixando escapar intervenções sobre determinantes sociais desse fenômeno⁵.

⁴ É curioso observar que em alguns processos produtivos existem relatos sobre trabalhadores fazendo uso de drogas ilícitas para obter maior produtividade, como no corte de cana, por exemplo, o que traz prejuízos do ponto de vista da saúde.

⁵ Conforme Caponi (2007, p. 9) “La patologización del sufrimiento y la consecuente medicalización de la tristeza parece ser una de las notas sobresalientes de este tiempo caracterizado por una demanda permanente de bienestar y por una intolerancia creciente con el sufrimiento del otro. La tristeza, e incluso el pesimismo, en la medida que pasaron a ser pensados como indicadores de riesgo, o como anticipación de una temida depresión, aíslan y debilitan a los sujetos que son socialmente conducidos a medicalizar su dolor”.

Essa racionalidade biomédica, que opera a transformação das queixas em diagnóstico de transtornos mentais, distúrbios e disfunções, aliada ao desenvolvimento de novas tecnologias que fazem aumentar as classificações nosográficas e semiológicas, transforma o sofrimento em objeto de especialistas.

Conforme Duarte (2003), as instituições médicas e de saúde em nossa cultura sofrem dos efeitos da racionalização instrumental que segmenta os saberes e cria serviços especializados e focalizados em dimensões isoladas das doenças e dos doentes. Esse modelo biomédico deixa escapar as manifestações do sofrimento no escopo das práticas em saúde, focalizando a ação medicamentosa de especialistas voltadas para o indivíduo, trazendo prejuízos para a organização de equipes transdisciplinares que enfoquem as diversas manifestações do sofrimento.

Essa situação levanta outro problema para a tese: a ênfase no indivíduo como um discurso corrente na modernidade e suas consequências para as práticas de saúde.

O problema da individualização em saúde mental

A emergência do individualismo moderno possui raízes políticas, econômicas, filosóficas – que não serão aprofundadas aqui. Como já bem demonstrado por Dumont (1985), a ideologia do individualismo tem suas raízes no mundo grego, nas práticas cristãs do primeiro século e marca a constituição das sociedades ocidentais modernas.

Na modernidade, emerge a noção de indivíduo como ser autônomo e livre (não social). Esse tema também é debatido por autores como Norbert Elias (1994) em “A sociedade dos indivíduos”, Christopher Lasch (1983) em “A cultura do narcisismo”, entre outros. Dentre eles, Castel (2008) apresenta aspectos relevantes concernentes à relação do individualismo e as transformações contemporâneas do trabalho. As rupturas da sociedade salarial iniciadas na década de 1970 apresentam uma dupla questão relativa ao mundo do trabalho – o cerne da questão social atual. De um lado, o individualismo positivo, caracterizado pela noção de autonomia, responsabilidade e liberdade e, de outro, o individualismo de massa ou individualismo negativo (Castel, 2008). Esse segundo tipo de individualismo é caracterizado pela subtração. O individualismo definido pela falta e por desfiliação social⁶.

⁶ Nessa discussão sobre o individualismo Castel faz uma crítica de relevância. Em uma sociedade de indivíduos em isolamento, crescem as práticas de dinâmicas grupais, terapias, que buscam retirar o indivíduo do isolamento. A solução estaria na dimensão relacional. Em que medida essa não seria uma “busca do tempo perdido”? (Barros, 2009).

Os desfiliaados remontam às parcelas da população que na história ocidental foram classificados como “o peso inútil da terra” e compõe atualmente uma massa de pessoas sem trabalho ou precariamente inserida nos processos de produção, mormente os jovens e os idosos (Castel, 2008).

Isso é importante porque na modernidade existe a tendência de imputar ao indivíduo (quer o individualismo positivo ou negativo) a responsabilidade por sua condição social, seu mal-estar, sua doença e seu sofrimento. Além de responsabilizar e culpabilizar o indivíduo, essa conjuntura tende a retirar de cena a discussão política e social sobre a causalidade e as saídas coletivas possíveis aos problemas que afetam os grupos humanos, em especial a questão do sofrimento.

A insegurança afeta a todos nós, imersos que estamos num mundo fluido e imprevisível de desregulamentação, flexibilidade, competitividade e incerteza, mas cada um de nós sofre a ansiedade por conta própria, como problema privado, como resultado de falhas pessoais e como desafio ao nosso *savoir faire* e à nossa agilidade. Somos convocados, como observou Ulrich Beck com acidez, a buscar soluções biográficas para contradições sistêmicas; procuramos a salvação individual de problemas compartilhados (Bauman, 2003 p. 129).

Assim, os programas de prevenção e promoção da saúde (incluindo dos trabalhadores) se interessam em normatizar as condutas individuais e os estilos de vida a partir de princípios morais (Caponi, 2007).

Essa individualização do sofrimento e a redução das ações prioritárias ao nível individual pode inibir a criação de estratégias coletivas de enfrentamento às pressões, exigências e elementos da gestão e organização do trabalho originadoras de sofrimentos e problemas de saúde mental.

Tanto a ênfase semiológica quanto a individualização tendem a retirar da cena a busca incisiva pela compreensão das manifestações de sofrimento como decorrentes das relações sociais e de trabalho, naturalizando-as e culpabilizando os indivíduos pelo seu sofrimento, frequentemente interpretado como fraqueza, fingimento e fantasia.

E quando se pensa em vigilância em saúde, estamos na esfera do coletivo. Coletivo organizado para a intervenção em diálogo com os grupos de trabalhadores, no enfrentamento de suas situações problemáticas em termos de saúde.

A Vigilância em saúde do trabalhador e a saúde mental

Toda essa contextualização demonstra o quanto o trabalho contemporâneo tem imposto novos desafios à vigilância em saúde, por originar demandas cada vez maiores de sofrimentos.

Compreendemos a Visat como parte de um amplo leque de ações ligadas ao sistema de vigilância em saúde que considera a análise sistemática nos processos de trabalho visando proporcionar transformações para melhoria das condições de saúde.

A vigilância em saúde foi constituída historicamente como campo estratégico para reduzir a morbimortalidade da população através da identificação e intervenção sobre determinantes, riscos e vulnerabilidades sociais e sanitárias. E, no Brasil, políticas, estruturas e ações de vigilância foram sendo desenvolvidas, acompanhadas pelos modelos teóricos da saúde coletiva na explicação e intervenção do/no processo saúde-doença.

A vigilância em saúde do trabalhador (Visat) emerge na década de 1980, no contexto dos Programas de Saúde do Trabalhador, combinando experiências internacionais de vigilância em saúde pública e inspeções/fiscalizações do setor trabalho (Vilela, 2002).

Ela surge com a participação efetiva do movimento de trabalhadores e sua implantação na rede pública de saúde no Brasil. Foi uma resposta às demandas de diversos atores sociais e trabalhadores, com intuito de instaurar novas modalidades de enfrentamento aos problemas de saúde-trabalho, como questão de saúde pública. Os problemas prioritários a serem enfrentados naquele momento eram variados e refletiam as conjunturas do mundo do trabalho de então, em que sobressaíam os casos de Lesões por Esforços Repetitivos, de intoxicação por benzeno e amianto, entre outros. A participação dos trabalhadores foi fundamental na denúncia dos casos e nas investigações para desvelar suas causalidades, em parceria com os profissionais de saúde, pesquisadores e sindicalistas.

O que estava em pauta não era a criação de um sistema estatal para monitorar doenças, mas o desenvolvimento de novos modos de compreender e intervir nas relações entre saúde e trabalho, envolvendo atores em diferentes setores no Estado e na sociedade civil. Essa intensa movimentação da década de 1980 foi de tal forma que, após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, a Visat passa a ser ação de saúde normatizada como política pública.

A Visat designa um conjunto de ações de investigação e intervenção sobre os ambientes, organizações e processos de trabalho, articuladas intra e intersetorialmente e com participação dos trabalhadores, na busca por melhorias nas condições laborais (Brasil, 1998, Machado, 2011, Leão, 2001, Vasconcellos, 2007).

É definida como uma atuação sistemática de detecção, pesquisa e análise dos fatores determinantes dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, visando ao planejamento,

execução e avaliação de intervenções a fim de eliminar ou controlar os condicionantes (Brasil, 1998).

Ela pretende proporcionar conhecimento e ação na relação do processo de trabalho com o processo saúde-doença, a partir de uma perspectiva transversal à vigilância em saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental), não se limitando ao monitoramento de doenças, mas congregando ações diversas sobre a relação do processo saúde-doença com os ambientes e processos de trabalho em articulação com a assistência (CONASS, 2007).

As práticas de Ivar Oddone, na Itália, no contexto do movimento operário, foram impulsionadoras dessas compreensões, na medida em que colocaram a saúde como algo a ser construído com a participação direta dos trabalhadores. Ele e outros atores do movimento operário italiano opuseram-se ao absolutismo dos critérios objetivos de avaliação das nocividades dos ambientes de trabalho, ressaltando a subjetividade e a experiência operária como instrumento básico para a transformação das condições de trabalho (Alonso, 2007).

Em que pese o valor do modelo italiano, seus princípios de não delegação da saúde, estabelecimento de grupos homogêneos, valorização saber operário e validação consensual, enfatizaram apenas a percepção dos riscos dos ambientes de trabalho.

No contexto brasileiro, o que se verificou com a emergência do campo da saúde do trabalhador, foi um modo diferente de analisar a relação saúde-trabalho, que buscou superar a ênfase apenas nos aspectos objetivos dos ambientes de trabalho, integrando as vivências subjetivas e os sofrimentos dos trabalhadores (Sato, 1996). E assim, para deslançar processos de Visat, a interlocução com os trabalhadores e suas representações é considerada fundamental, pois seus saberes e experiências são indispensáveis para todas as ações de investigação e intervenção, desde as denúncias até as práticas de negociação coletiva.

No âmbito institucional, diversos mecanismos legais foram desenvolvidos e as legislações fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), como a Lei Orgânica, as normativas de vigilância em saúde e as regulamentações específicas para a saúde do trabalhador, oferecem sustentação normativa para suas práticas integradas aos componentes do SUS. A portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 3.252 de 2009, por exemplo, inclui a política de saúde do trabalhador no sistema de vigilância em saúde e a portaria nº MS 104 de 2011 abrange as doenças relacionadas ao trabalho como de notificação compulsória para a rede de saúde, incluindo os transtornos mentais e de comportamento.

Tais instrumentos legais fortalecem a Visat em todos os processos do SUS e as notificações em saúde do trabalhador contribuem para dar maior visibilidade aos problemas

de saúde-trabalho e deflagrar ações de intervenção em processos, ambientes e organizações de trabalho.

A Visat tem a intersetorialidade como um princípio e as normativas de setores como previdência, trabalho e convenções de agências internacionais, entre outras, complementam o quadro de legislação de apoio à Visat.

Entre os setores saúde, trabalho e previdência, em particular, historicamente existem tensões e controvérsias quanto às competências para a intervenção e fiscalização nos processos de trabalho. Da perspectiva da Visat, as intervenções requerem articulações intersetoriais, ações interinstitucionais, multidisciplinares, com participação do controle social. As ações, por vezes, demandam fluxos entre instituições públicas dos setores da saúde, trabalho, previdência, o ministério público do trabalho e órgãos ambientais, entre outros, envolvendo os trabalhadores e suas representações em todos os âmbitos da ação.

Além da intersetorialidade e da participação dos trabalhadores, as complexidades dos alvos das intervenções requerem uma atuação baseada no princípio da interdisciplinaridade (Machado, 2011), pois a complexidade dos processos de trabalho demandam olhares múltiplos de diversas disciplinas, contemplando aspectos técnicos, políticos, sociais, epidemiológicos e das ciências humanas

Diversos objetos têm sido discutidos na perspectiva da vigilância. Apontam-se desafios de superação da vigilância apenas de produtos em direção à vigilância de processos - inclusive das cadeias produtivas (Leão e Vasconcelos, 2014) - e da vigilância de agravos à vigilância do agronegócio no setor rural (Pignati, 2007). Quanto à implementação das ações de Visat, evidencia-se a pouca atenção dada às questões de saúde mental decorrentes dos processos de trabalho nas suas ações.

CAPÍTULO 2 - A SAÚDE MENTAL COMO QUESTÃO PARA A VIGILÂNCIA.

As manifestações da ordem mental emergem como queixas e demandas de assédio moral, violência psicológica, uso abusivo de álcool e drogas, insatisfação, cansaço, mal-estar e sofrimentos inespecíficos, casos de suicídios, além das psicopatologias e transtornos mentais relacionados ao trabalho (depressão e transtornos de estresse pós-traumático, por exemplo), entre outros fenômenos ligados às relações e aos processos de trabalho. Torna-se necessária a construção de estratégias para acolhimento de tais manifestações de sofrimento nos serviços de atenção à saúde dos trabalhadores. Estratégias essas que sejam capazes de possibilitar os devidos encaminhamentos, independentemente da diversidade conceitual e das controvérsias teóricas nas abordagens existentes.

A diversidade conceitual, as controvérsias teóricas e as práticas em torno do(s) objeto(s) saúde mental/subjetividade/dimensão psicossocial podem contribuir para a construção de estratégias e ações para lidar com as manifestações de sofrimentos a nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) e nas organizações de trabalho.

É necessário ressaltar que atualmente existem poucas alternativas, respostas políticas, mobilizações coletivas e estratégias institucionais para enfrentar essas situações.

Apesar dos fenômenos da saúde mental serem questão central para os trabalhadores na atualidade, faltam estratégias para a integração dessa temática nas ações de vigilância em saúde do trabalhador. Ainda são incipientes as diretrizes institucionais indutoras de atuações que vão além da atenção aos agravos, da notificação compulsória de transtornos mentais relacionados ao trabalho e de encaminhamentos para especialistas em clínicas de psicologia e psiquiatria.

Convém ressaltar ainda que os programas convencionais de saúde e segurança no trabalho, em geral, estão voltados para lidar com os riscos físicos, químicos, biológicos ou ergonômicos nos ambientais de trabalho, mas não oferecem alternativas de intervenção quanto às relações entre a organização do trabalho e as diversas manifestações de sofrimento.

Isso fica patente quando observamos as normas regulamentadoras do trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego. Elas preconizam programas e dispositivos como as Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPAS), Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO), Programa de Prevenção de Riscos Ambientais, Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT). Os objetos de suas ações (riscos, acidentes, doenças ocupacionais) e os modos como são

abordados situam-se no âmbito da saúde ocupacional e enfatizam os múltiplos fatores do ambiente de trabalho que podem afetar à saúde os trabalhadores.

Seu enfoque está eminentemente nas condições de trabalho. Já os exames admissionais, periódicos, de mudança de função, retorno ao trabalho e demissionais, por exemplo, são práticas médicas (incluindo as psiquiátricas), cujas ênfases recaem sobre o corpo e a patologia do trabalhador.

As poucas referências aos riscos psicossociais, exames de saúde mental e avaliações psicológicas mantêm essa ênfase médica e clínica. Essas práticas indicam ausência de alternativas para proceder à vigilância em saúde mental dos trabalhadores para além de uma abordagem medicalizante e individualizante.

Perante os problemas de saúde mental que, em geral, têm origem na organização do trabalho, que alternativas existem para a intervenção da vigilância? Os programas acima mencionados privilegiam o controle de riscos químicos, físicos, biológicos, ergonômicos. É importante avançar em relação à compreensão dos sujeitos e as implicações subjetivas e psicossociais do trabalho, na perspectiva de estabelecer práticas de vigilância. Daí a importância de pensar quais as dimensões do processo de trabalho são determinantes ou condicionantes para as manifestações de sofrimento e que aspectos do trabalho podem ser o foco das intervenções que objetivem transformá-lo.

A literatura já tem apontado ser da organização do trabalho – não exclusivamente – de onde provêm as pressões psicológicas, mecanismos de dominação, técnicas disciplinares e exigências da tarefa, problemas de comunicação e relações interpessoais (Dejours, 1988, Noriega, 1993).

Essa constatação é fundamental, mas não suficiente. Ela demanda o desenvolvimento de estratégias que possibilitem a intervenção sobre os elementos componentes da organização do trabalho. Isso é crucial, pois as transformações neoliberais vêm acarretando mudanças nas condições laborais, nas atividades dos trabalhadores e nas exigências a que estão submetidos. Tais mudanças estão eminentemente ligadas às modificações qualitativas e quantitativas das formas de organização do trabalho (Noriega, 1993).

Um ponto a ressaltar é que nas empresas, atualmente, passa-se a reconhecer o valor do sujeito como produtor de um valor agregado. Valoriza-se a autonomia do indivíduo no trabalho, estimula-se sua criatividade, abertura e liberdade de comunicação com a chefia, através de mecanismos de participação e de gestão democrática. Os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs), desde a década de 70, vêm buscando propor maior satisfação no trabalho.

Podemos dizer que esse é o lado de mudança qualitativa na relação com os funcionários. Em contrapartida, se exige muito dos sujeitos.

Por exemplo, reduz-se o controle da chefia e a supervisão, mas internaliza-se a avaliação da produtividade e do desempenho. Existem empresas que investem em um ambiente e cultura organizacional de relativa liberdade e satisfação, porém em geral, fomentam a competição e, às vezes, o individualismo.

Algumas outras formas e alternativas de intervenção focalizam a cultura e os processos organizacionais. Ali o ponto central é mudar a cultura organizacional do serviço para promover a saúde dos trabalhadores e favorecer o bom atendimento do cliente, melhorando o clima organizacional.

Percebem-se ainda novos sistemas de trabalho voltados para a qualidade total, práticas de trabalho flexíveis que buscam alta *performance*. Para isso, dão voz ao trabalhador, apostam em suas capacidades, criatividade e inteligência, no entanto, visando apenas a melhoria da produção (Niosh, 2002). Nessa intensificação da produção percebe-se maior responsabilização dos trabalhadores, crescimento do monitoramento dos trabalhadores, inclusive eletrônico, competição, demanda por mudanças contínuas, flexibilidade e redução de “tempo morto” (Niosh, 2002).

Essas mudanças organizacionais e seus reflexos na subjetividade dos trabalhadores são bem discutidos na literatura. O ponto ainda a ser melhor desenvolvido diz respeito às ações de vigilância que visem modificar e controlar os aspectos nocivos para a saúde mental dos trabalhadores. Para isso, é preciso aprofundar as reflexões tanto no que tange à organização das ações e programas no âmbito das empresas e instituições de trabalho, quanto ao desenvolvimento de práticas da vigilância no campo institucional do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em linhas gerais, no SUS existem diretrizes legais nesse âmbito, enfatizando o estabelecimento denexo causal e as notificações compulsórias de agravos, baseadas nos transtornos mentais e de comportamento. Predomina uma orientação médico-epidemiológica em saúde mental dos trabalhadores. Sua relevância é inquestionável, porém seu alcance é um tanto quanto limitado frente à complexidade da realidade no que concerne à saúde mental. Ora, a vigilância em saúde do trabalhador, na questão mental, deve se restringir a reconhecer e notificar os casos de transtornos mentais e de comportamento, como uma ação de especialistas em psiquiatria e psicologia? Seria apenas uma vigilância dos agravos?

A análise de qualquer fenômeno complexo empreendida sob apenas uma orientação disciplinar se revela estreita demais para compreendê-lo, ainda que parcialmente. Assim,

compreendemos que a complexidade da saúde mental relacionada aos processos de trabalho demanda outras modalidades de análise e intervenção. Outras dimensões teóricas e olhares disciplinares que somem com as médico-epidemiológicas para induzir novas práticas de intervenção, fazendo a vigilância em saúde do trabalhador (Visat) avançar.

É preciso enfrentar com realismo a falta de diretrizes e instrumentos para atuar nas questões relativas à saúde mental dos trabalhadores, que exige problematizar aspectos teóricos e práticos voltados para a busca de outros referenciais. As indagações na direção da integração da questão dos sofrimentos no escopo da vigilância, por exemplo, levam à discutir quais os determinantes e condicionantes desses fenômenos, que informações seriam necessárias e quais as maneiras de produzi-las, que modalidades de intervenção seriam possíveis e quais as condições para a negociação coletiva e transformação das situações e contextos de trabalho. Tudo isso na perspectiva de suscitar elementos capazes de fornecer subsídios para a vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária considerarem a saúde mental nos processos de intervenção e na produção de informações.

Temos percebido, a partir de seminários e encontros regionais de Cerest, a necessidade de discutir as interfaces entre distintas abordagens teóricas e práticas para lidar com a problemática do sofrimento na vigilância, para viabilizar atuações dos serviços públicos.

Como se não bastasse a falta de diretrizes para os serviços lidarem com os problemas, o perfil de adoecimento da classe trabalhadora vem mudando nos últimos anos e aumentam os problemas de lesões por esforços repetitivos e de saúde mental. Exemplo disso é que o estresse no mundo do trabalho já tem sido detectado como um problema público para a União Europeia, pois afeta 28% dos trabalhadores daquela região e é responsável por 25% da taxa de absenteísmo, custando em torno de 20 milhões de euros aos Estados-Membros (OSHA, 2002).

Quanto aos assédios no Brasil, na primeira década do século XXI, 33% da população economicamente ativa sofreu alguma forma de assédio moral e na região sudeste essa incidência chega a 66 % (CNRQ, S/d). Além disso, os transtornos mentais e do comportamento, no ano de 2010, foram umas das primeiras causas de afastamento do trabalho ocupando o terceiro lugar na concessão de benefícios auxílio-doença por incapacidade (Silva-Junior, 2012). E, segundo dados do total de acidentes de trabalho distribuídos por CID-10, entre 2002 a 2010, esses transtornos saltaram de 1.970 casos para 15.525 e, durante esse período, foi a terceira maior causa de acidentes, precedidas pelos envenenamentos e pelos distúrbios osteomusculares (Pignati, Maciel e Rigotto, 2013).

Objeto e foco da investigação

Dadas essas problemáticas, essa tese defende a ideia da integração da saúde mental nas práticas da vigilância em saúde do trabalhador.

Tecemos reflexões críticas e propositivas no que tange às intervenções da vigilância, tomando a saúde mental e trabalho como um problema público na atualidade, que requer cada vez mais reconhecimento social e medidas de ação do Estado e da sociedade. Debates modalidades de enfrentamento diferentes de uma abordagem medicalizante e clínica, em busca de estratégias para a atuação das esferas institucionais da saúde do trabalhador.

Propomos algumas pistas e saídas possíveis para o sofrimento dos sujeitos discutindo estratégias de intervenção intra e intersetoriais, a partir da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast) no contexto da implantação da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora – PNSTT (Brasil, 2012), que prioriza a Visat.

Ao levantar essa discussão da saúde mental e das práticas da vigilância, compreendemos os trabalhadores como sujeitos ativos na transformação de suas realidades de vida e trabalho. A capacidade de criação, resistência, mudança, reivindicação, transformação dos trabalhadores é ressaltada. Logo, não temos a visão dos trabalhadores como seres carentes de auxílios, incapazes de compreender e transformar seu sofrimento, vítimas sofredoras e dependentes das intervenções de terceiros.

Em síntese, consideramos que no atual momento histórico, a saúde mental dos trabalhadores é uma questão central e a busca por alternativas, estratégias, ações que visem encontrar saídas possíveis para isso estão entre as prioridades do campo da saúde do trabalhador no Brasil.

Nesta tese investigamos abordagens teóricas e práticas de compreensão-intervenção relativas à saúde mental para discutir subsídios para uma vigilância em saúde mental do trabalhador. O foco de análise está nas compreensões e práticas sobre a saúde mental dos trabalhadores, do ponto de vista acadêmico e institucional, entendendo-as como um conjunto de teorias e ações voltado para a investigação e atuação sobre as manifestações de sofrimento.

A problematização, portanto, é realizada na perspectiva da Visat. Discutimos elementos para subsidiar a construção de estratégias para integrar a saúde mental nas atuações da Visat, incluindo ações intra e intersetoriais que consideram o sofrimento em suas diferentes expressões e busquem identificar saídas possíveis e processos de intervenção sobre suas determinações.

Analisar a saúde mental nos moldes da Visat no âmbito do SUS implica: (i) na problematização quanto ao reconhecimento das manifestações (sofrimento, patologias, transtornos), seu acolhimento e, se for necessário, a indução dessa demanda à rede de saúde; (ii) na discussão sobre os dilemas das práticas de diagnóstico, estabelecimento de nexos causais e produção de informação epidemiológica – ou “informação para ação”; (iii) articulações com outros componentes da rede e com demais órgãos e setores responsáveis, bem como as práticas de intervenção nos processos e organizações de trabalho, considerando a participação dos trabalhadores.

Consideramos que a conjuntura político-econômica e a dinâmica do mundo do trabalho atualmente estão na origem de variadas manifestações de problemas de saúde mental. Além disso, muitas delas favorecem o silenciamento dos trabalhadores sobre seus sofrimentos físicos e, sobretudo, psicossociais. Buscamos refletir sobre quais os meios de ação institucionais seriam possíveis, para além das práticas de transformação do sofrimento em adoecimento, comuns nas empresas (Brant e Minayo-Gomez, 2007) e presentes nas diretrizes das políticas de saúde.

Tendo em vista a importância dessa temática questionamos como atualmente se problematiza, nos campos científico, político-institucional e organizacional (empresarial) as relações entre saúde mental e trabalho. Mais especificamente: quais as perspectivas teórico-metodológicas e ações existentes em saúde mental e trabalho no campo da produção do conhecimento e das práticas institucionais no âmbito da rede de saúde pública, das empresas e das agências reguladoras do trabalho.

Essa investigação sobre níveis atuação, enunciados, dispositivos, categorias e métodos que caracterizam tais saberes e práticas tem como horizonte a problematização de limites e possibilidades para a Visat. Por isso, nos propomos também apontar os passos que podem ser dados para a incorporação da saúde mental nas atuações da Visat, considerando as diferentes realidades de trabalho no Brasil.

A intenção é de contribuir para aprimorar o olhar da vigilância para a problemática da saúde mental na perspectiva de oferecer subsídios para a criação de metodologias e tecnologias de intervenção considerando a complexidade das manifestações do sofrimento.

Abordagem teórico-metodológica

Partimos das concepções Foucaultianas para problematizar o campo científico e institucional que abordam a saúde mental, investigando a emergência da temática como um problema público e as práticas que sobre ela passam a ser tecidas.

Para isso, colocamos em análise conceitos e abordagens teóricas, bem como as atuações, diretrizes e propostas voltadas para atenção e intervenção promovidas pelo SUS e pelas empresas e demais atores sociais e organizações.

A explicitação sobre os fundamentos das reflexões ora conduzidas é imprescindível, ainda que não sigamos aqui uma lógica cartesiana para descrever passos e etapas rígidas e padronizadas ou de instrumentos metodológicos de coleta e análise de dados supostamente objetivos.

O caminho do pensamento nesta tese é um processo de análise e reflexão crítica, que, em primeiro lugar, passa pela investigação das principais abordagens teóricas, considerando o que dizem, como dizem e com que finalidade. Nesse momento, destacamos as categorias-chaves e modalidades de intervenção que apresentam.

Identificamos e analisamos também um conjunto de práticas (programas, estratégias, diretrizes e ações) tanto nas atuações dos serviços de saúde no SUS, quanto no âmbito das empresas (mundo corporativo), das agências internacionais e de outros setores do Estado.

Buscamos classificar todo esse regime de saber em saúde mental e trabalho em função dos objetos e meios de ação (tipos de ação, métodos, instrumentos de investigação-ação) sobre os quais concentram suas análises-intervenções.

Considerando as tendências de individualização e medicalização dos sujeitos na contemporaneidade, fizemos uma crítica à patologização dos sujeitos no trabalho, a fim de discutir estratégias alternativas às práticas médico-epidemiológicas, calcadas em um positivismo restrito.

Ancorados nos pressupostos teóricos, metodológicos e técnicos da vigilância em saúde do trabalhador, debatemos, por fim, possibilidades e dilemas para a integração da saúde mental na vigilância em seus variados níveis e práticas de intervenção.

Aspectos da arqueologia e genealogia em Foucault

Uma questão norteadora nesta tese é: como atualmente se problematizam, nos campos científico, político-institucional e organizacional (empresarial-mercado) as relações entre saúde mental e trabalho? A análise aqui efetuada inspira-se na arqueologia do saber e da genealogia do poder de Michel Foucault. Com esse olhar, consideramos, em primeiro lugar,

as relações saúde mental e trabalho no conjunto de práticas e saberes existentes atualmente como um campo discursivo.

Em segundo lugar, assumimos nosso distanciamento de uma metodologia de base cartesiana, entendida como um conjunto de procedimentos e regras objetivas que sustentariam a descoberta das coisas. Os procedimentos de um modelo positivista partem do princípio de que a verdade está nos objetos, nas coisas, nos fenômenos e a função do pesquisador seria tirar o véu que encobre a verdade. Assim, realizar uma análise do ponto de vista foucaultiano, significa assumir outro papel enquanto condutor de uma investigação. Buscamos explicitar um pouco melhor essas duas opções a seguir.

Em sua trajetória intelectual, Foucault revela seu principal interesse de pesquisa: as relações de poder e as táticas de construção do sujeito moderno, desenvolvendo uma história dos modos de como os seres humanos tornaram-se sujeitos (Foucault, 2010b). Suas pesquisas buscaram desvendar as relações que mantemos com a verdade através do saber científico e as nossas relações com esses jogos de verdade em que somos, ao mesmo tempo, sujeitos e objetos.

Uma das principais preocupações desse filósofo era investigar como um saber pode se constituir. No conjunto de sua heterogênea obra, ele analisa como são problematizadas a loucura, a delinquência, a psiquiatria, as ciências humanas, entre outros temas, através das práticas e saberes institucionalizados.

Foucault busca com seu projeto teórico-metodológico explicar o aparecimento de saberes a partir de condições de possibilidade externas aos próprios saberes. Com sua genealogia, ele focaliza as relações de poder e suas articulações com a produção de saber (Machado, 1981).

Foucault procura determinar as condições de existência do discurso tomado como acontecimento em sua relação com outros acontecimentos. Isso significa que a arqueologia analisa os discursos enquanto práticas obedecendo a regras de formação de objetos, modos de enunciação, conceitos, temas e teorias.

A problematização não seria então uma representação de um objeto, nem a criação de um objeto pelo discurso, mas “o conjunto de práticas discursivas ou não discursivas que faz alguma coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e o constitui como objeto para o pensamento (sob a forma da reflexão moral, de conhecimento científico e da análise política etc.)” (Foucault, 2006a, p. 242).

Assim, a arqueologia busca relacionar diferentes discursos e (não se limitando a este nível) articular as formações discursivas com práticas econômicas, políticas e sociais. Para

Foucault, a análise das formações discursivas não deve estar fechada no discurso em si mesmo. As relações entre formações discursivas e não discursivas é fundamental. Daí a importância de articular os discursos com elementos sociais, políticos, econômicos e institucionais. Toda a formação discursiva tem reflexos desses aspectos ainda que não sejam eles que determinem a consciência e os discursos dos homens (Machado, 1981). O que Foucault ressalta é a importância de detectar como e de que forma esses elementos fazem parte das condições de emergência dos discursos.

Seguindo o caminho da arqueologia Foucaultiana, analisamos um conjunto heterogêneo de discursos que constitui a saúde mental como objeto de pesquisa e intervenção, sempre considerando os elementos não discursivos na análise. Ou seja, chamando atenção para os aspectos sociais, econômicos e políticos que constituem condições de possibilidade de desenvolvimento desse campo.

É preciso considerar que “um discurso é um conjunto de enunciados que têm seus princípios de regularidade em uma mesma formação discursiva” (Machado, 1981, p. 170). Por isso, a análise arqueológica é também uma descrição de enunciados. Sob este ângulo, Foucault busca, primeiramente, correlacionar o enunciado com seu correlato – aquilo que ele enuncia, analisando as regras de existência para os objetos aí nomeados e descritos para as relações afirmadas ou negadas.

Em segundo lugar, ele relaciona enunciado e sujeito. Esse sujeito é uma posição determinada, um espaço vazio a ser preenchido por indivíduos diferentes. Em terceiro lugar, ele considera que todo enunciado corresponde a um campo adjacente, pois não existe enunciado livre, neutro, independente. O enunciado sempre se dá em meio a um conjunto e tem um papel nesse meio, apoiando-se nesses outros ou distinguindo-se deles. E, por fim, todo enunciado tem uma existência material e essa materialidade é de ordem institucional e se constitui como fonte de controle e interdição dos discursos.

em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (Foucault, 1999, p. 8-9).

Outro aspecto do trabalho foucaultiano diz respeito à relação do poder com a constituição dos saberes. O poder não está centralizado no Estado ou em algum grupo que o detenha, mas está espalhado em todo tecido social. Na verdade, trata-se de micro-poderes

cujos mecanismos e técnicas estão intimamente relacionados com a produção de determinados saberes sobre a loucura, o criminoso, a doença e a sexualidade (Machado, 1981). Podemos dizer que a produção de saberes sobre a saúde mental dos trabalhadores na contemporaneidade se forja entre relações de poder, que podem ser analisadas pelo modo como são nomeados e tratados os fenômenos como transtorno mental relacionado ao trabalho, sofrimento, assédio, estresse, entre outros.

É importante ressaltar que essas relações de poder não são apenas negativas visando excluir, esconder, reprimir e castrar. Elas também buscam aprimorar o corpo e adestrá-lo, por meio de controle e disciplina, a fim de formar os homens dóceis e úteis para o sistema capitalista. E é, por isso, que para Foucault, as estratégias de poder são sempre políticas e econômicas, cujo objetivo é tornar o homem força de trabalho com utilidade econômica máxima, reduzindo possibilidades de revolta e luta contra as ordens, sendo dóceis politicamente. Esse poder disciplinar é uma rede, uma técnica, um dispositivo, um mecanismo que fabrica um tipo de homem necessário para o funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista (Machado, 1981).

O adestramento do corpo, o aprendizado do gesto, a regulação do comportamento, a normalização do prazer, a interpretação do discurso, com o objetivo de separar, comparar, distribuir, avaliar, hierarquizar, tudo isso faz com que apareça pela primeira vez na história esta figura singular, individualizada – o homem – como produção do poder (Machado, 1981, p. 198)⁷.

Isso é extremamente relevante para a análise efetuada nesta tese, pois nos leva a discutir o quanto as compreensões e atuações em saúde mental e trabalho podem constituir-se em estratégias de bio-poder, na medida em que visam contribuir com todo um processo mais amplo de modelagem da força de trabalho para o capitalismo contemporâneo.

Por meio da genealogia fazemos a análise a partir das questões atuais, em função da situação presente (Foucault, 2006a). Por isso, não buscamos ordenar cronologicamente quando a saúde mental passa a ser tematizada. A preocupação não está em situar o momento inaugural da elaboração de teorias e práticas a esse respeito nem a descrição minuciosa das origens de cada abordagem e prática. Afinal, conforme Foucault (2000), a constituição histórica não se dá como acontecimentos cumulativos, lineares e aglutinados ao longo do tempo, mas como história-problema, eivada de continuidades e rupturas, contradições e

⁷ As próprias ciências do homem foram criadas pelas técnicas disciplinares, técnicas de individualização e já o “bio-poder”, a regulação, os “dispositivos de segurança” estão na origem de ciências sociais como a estatística, a demografia, a economia, a geografia, etc” (Machado, 1981, p. 200).

controvérsias. Em “A arqueologia do saber”, Foucault, ao mencionar o trabalho de Canguilhem, afirma que para este:

a história de um conceito não é, de forma alguma, a de seu refinamento progressivo, de sua racionalidade continuamente crescente, de seu gradiente de abstração, mas de seus diversos campos de constituição e de validade, a de suas regras sucessivas de uso, a dos meios teóricos múltiplos em que foi realizada e concluída sua elaboração (Foucault, 1997, p. 5).

Daí a investigação da saúde mental dos trabalhadores como discurso científico e prática institucional não pode ser tomada como uma tentativa de remontar a um passado inaugural para explicar os modos como são problematizadas essas relações no presente, em uma perspectiva de linearidade. Não se trata de estabelecer continuidades. Afinal, a genealogia não é a pesquisa das origens, nem a busca da essência originária e da identidade preservada no passado, ou a verdade, mas a discórdia, o disparate. Realizar a genealogia implica na análise dos acasos dos começos onde nenhuma verdade esteve sob proteção (Foucault, 2000).

O mais importante, nesse ponto de vista, não é a descoberta de coisas verdadeiras, mas as regras segundo as quais o que os sujeitos dizem passa a ser considerado verdadeiro ou falso. A história crítica do pensamento é a história da emergência dos jogos de verdade, as formas pelas quais se articulam discursos capazes de serem ditos verdadeiros ou falsos (Florence, 2006).

Nessa história-problema, pode perceber-se o quanto alguns saberes emergem e outros ficam esquecidos em decorrência dos jogos de poder. Assim, se uma forma de compreender e abordar a saúde mental dos trabalhadores prevalece em dado momento, o jogo de forças é o que o determina.

É importante assinalar que a noção de saber em Foucault não é um sinônimo de disciplina científica. Os saberes são anteriores e constituintes dos discursos científicos. No que tange aos saberes sobre saúde mental e trabalho, no entanto, nossa análise nessa tese centrou-se no conjunto das disciplinas e abordagens teóricas como a psicodinâmica, clínica da atividade, teorias do estresse e psicossociologia, entre outros.

Quanto às práticas, consideramos que o questionamento sobre os modos de tratamento dados à saúde mental dos trabalhadores é importante para problematizar e desnaturalizar as ações existentes e encontrar brechas para que novas práticas irrompam. Fazemos isso porque aquilo que geralmente se toma por verdadeiro e evidente é fabricado em um momento

particular da história e “essa pretensa evidência pode ser criticada e destruída” (Foucault, 2006b).

Um dos aspectos observados no trabalho metodológico foucaultiano é a análise das práticas, a observação do que se fazia. As práticas são modos de agir e pensar que constituem sujeitos e objetos ou modos de objetivação dos sujeitos. Para isso é fundamental interrogar os procedimentos e técnicas dos contextos institucionais que formam, dirigem, modificam a maneira dos indivíduos e grupos se comportarem. Trata-se de analisar as relações de poder que caracterizam o governo dos homens (Florence, 2006).

Sob esse ponto de vista, buscamos não apenas sistematizar o que se diz sobre a saúde mental, mas o que se faz, tentando dimensionar quais procedimentos e diretrizes são utilizadas ou recomendadas no interior das instituições para intervir nos problemas de saúde mental dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, fazemos uma aproximação e reflexão crítica sobre o estágio das práticas no âmbito institucional da saúde do trabalhador, quanto às práticas da vigilância.

Seguir a orientação Foucaultiana é assumir também um papel de investigação diferente daquele direcionado para a descoberta da verdade.

A concepção cartesiana tem um ideal de busca pela verdade através do método entendido como um caminho reto de garantia do conhecimento verdadeiro (Neto, 2008). O método, nessa visão, seria o conjunto de procedimentos orientados pela lógica racional-matemática que permite a verificação do verdadeiro e o distanciamento do falso. Ou seja, o seguimento de etapas pré-estabelecidas e a observância dos preceitos preconizados - evidência, análise, síntese e enumeração - asseguraria o alcance da verdade (Neto, 2008).

O método arqueológico, por outro lado, é um instrumento capaz de refletir sobre as ciências do homem enquanto saberes, investigando as condições de sua existência através da análise do que dizem, como dizem e por que dizem. E a expressão método arqueológico não diz respeito a um número de procedimentos invariáveis a serem utilizados na produção do conhecimento.

Uma de suas características é justamente a multiplicidade de suas definições, “é a mobilidade de uma pesquisa que, não aceitando se fixar em cânones rígidos, é sempre instruída pelos documentos pesquisados” (Machado, 1981, p. 14). O próprio Foucault em suas análises varia essa metodologia em função do objeto da investigação. Ele desprestigia um método imutável, sistemático e universalmente aplicável.

No campo da saúde coletiva essa ideia de evidência inclusive, originária de Descartes, ainda é base para muitos programas de pesquisa e de ações em vigilância da saúde. De modo

oposto a essa tendência, seguimos Foucault também assumindo o valor da substituição da “neutralidade da metodologia correta por uma ética de auto-invenção, em que sujeito e objeto são constituídos no próprio processo de investigação” (Neto, 2008, p. 536).

Isso porque a função do intelectual (e da pesquisa científica) é tentar fazer funcionar um tipo de análise e saber de modo a modificar o pensamento dos outros e o seu próprio (Foucault, 2006a). “O que constitui o interesse principal da vida e do trabalho é que eles lhe permitem tornar-se diferente do que você era no início” (Foucault, 2006b, p. 294).

Essa perspectiva de pesquisa é crucial quando tratamos da questão mental dos trabalhadores, ou melhor, dos discursos e das práticas em torno desse objeto, com vistas a conduzirmos uma reflexão na perspectiva da vigilância em saúde do trabalhador. Porque buscamos aqui compreender como o conjunto de discursos nomeia e sustenta práticas em torno dos fenômenos da saúde mental dos trabalhadores, sem termos a ilusão da verdade objetiva supostamente revelada por métodos puros de descoberta do real.

A perspectiva da genealogia foucaultiana sustenta que o enfrentamento de um problema se dá a partir da utilização de conceitos e autores, na perspectiva de ser um instrumento instaurador de realidades com objetivo de intervir em outras materialidades (Neto, 2008). Este trabalho, baseado nessa visão, não pretendeu obter uma representação da realidade investigada, mas quis ser um discurso de potencialização de ações, o que está relacionado à compreensão de Foucault quanto à função da pesquisa e do pesquisador.

A função de um intelectual não é dizer aos outros o que eles devem fazer. (...) A função de um intelectual não é moldar a vontade política dos outros; é, através das análises dos campos que são os seus, o de interrogar novamente as evidências e os postulados, sacudir os hábitos, as maneiras de fazer e de pensar, dissipar as familiaridades aceitas, retomar a avaliação das regras e das instituições e, a partir dessa nova problematização (na qual ele desempenha seu trabalho específico de intelectual), participar da formação de uma vontade política (na qual ele tem seu papel de cidadão a desempenhar) (Foucault, 2006a, p. 249).

Ao problematizarmos a integração da saúde mental na Visat, na tentativa de propor subsídios para a rede de saúde, essa pesquisa não pretende “moldar a vontade política dos outros”, mas questionar os modos de fazer e pensar em saúde mental para contribuir para discussões coletivas de atores interessados na construção de ações no campo institucional da saúde do trabalhador. Daí esta tese estar conectada com outras ações como a organizações de seminários em saúde mental do trabalhador em nível nacional, como expresso na apresentação.

Fontes e materiais de análise

Inicialmente foi realizado um mapeamento de saberes históricos e práticas sobre a saúde mental relacionada ao trabalho, na perspectiva de compreender quais objetos elege e que propostas de encaminhamento apresentam. Efetuamos uma genealogia dos discursos, evidenciando as diferenças na classificação e abordagem do fenômeno em questão.

A análise cobriu as diferentes perspectivas da clínica do trabalho (psicodinâmica do trabalho, clínica da atividade, ergologia) das abordagens psicossociais (psicossociologias e análise institucional), da psicopatologia do trabalho (abordagem do desgaste), perspectivas organizacionais, tradições do estresse e *burnout*, violências e assédios, tendo como foco as medidas de intervenção que elas trazem, problematizando limites e possibilidades com foco na Visat.

A análise foi empreendida considerando as categorias centrais e os instrumentos de intervenção, a fim de esclarecer como cada tradição de estudos concebe e trata deste problema entre os trabalhadores. Para isso, foram analisadas as produções científicas dos principais autores dessas tradições de pensamento e suas obras de referência, além de publicações acadêmicas tanto no contexto brasileiro quanto internacional, que enfoquem essas tradições.

Buscamos também fazer uma aproximação das experiências existentes no âmbito dos serviços de saúde no SUS, em especial no âmbito da Renast, investigando como a demanda de saúde mental tem sido compreendida e que ações são preconizadas nos Cerest.

Para isso, verificamos relatórios de diferentes fóruns coletivos em saúde do trabalhador, envolvendo atores da rede de trabalhador em território nacional. Nos baseamos em discussões realizadas em fóruns coletivos, em algumas experiências nacionais, loco-regionais e municipais de planejamento de ações em saúde do trabalhador, a fim de pinçar os indicativos para a integração da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador.

Além disso, analisamos documentos relativos a um levantamento das práticas e experiências dos Cerest, realizado pela Coordenação Nacional de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CGSAT/MS), sobre as ações, programas e estratégias dos Cerest em Saúde Mental. Esses dados referem-se ao ano de 2010 e foram acessados via consultas realizadas por e-mail entre maio e junho de 2013, que buscou fazer um levantamento dos programas e da atuação em saúde mental dos Cerest.

Fizemos também a busca sobre iniciativas de agências internacionais, investigando seus sites em busca de relatos de ações, iniciativas e diretrizes em saúde mental e trabalho. Para isso, procedemos a análise de manuais, informes, cartilhas, guias de ação, documentos de

acordos políticos e sociais e relatos de pesquisas de agências especializadas em saúde e segurança do trabalho como a NIOSH, OIT e OMS, entre outras.

Realizamos também uma análise sobre os elementos que emergem em pesquisas empresariais como “melhores empresas para se trabalhar”, elencando as categorias que se apresentam como exemplos de trabalho saudável. Para isso, realizamos uma busca em websites de revistas nacionais e de agências internacionais que promovem ações de premiação das melhores empresas, analisando suas próprias produções de livros, notícias, relatos de ação e de pesquisas, publicadas em seus ambientes virtuais.

Dado o caráter propositivo desta tese, a sistematização de todo esse conjunto de discursos buscou subsidiar a reflexão sobre avanços, possibilidades e limites de uma vigilância em saúde mental dos trabalhadores.

Por fim, com base nesse quadro teórico/prático, oriundo dos debates coletivos e das análises documentais e bibliográficas, discutimos alternativas de intervenção, considerando uma abordagem interdisciplinar, intersetorial, multiprofissional e participativa na Visat. Debates também dilemas e propomos alguns pressupostos para a elaboração de estratégias e ações de Visat que integrem a saúde mental.

Para discutir a saúde mental no escopo da Visat, tomamos como base a descrição sobre os elementos componentes da organização do trabalho nos discursos analisados, visando problematizar aspectos a serem considerados nas ações de intervenção.

Nessa reflexão, ressaltamos ainda pontos críticos concernentes à patologização dos trabalhadores. Tomamos como referência: o pensamento de Agamben expresso em “Homo Sacer I – O poder soberano e a vida nua” (2007) e em “O que é o contemporâneo” (2009); a noção de produção de subjetividade conforme Guattari, considerando as obras “Caosmose” (1992), “Micropolítica: cartografias do desejo” (2007), e a discussão sobre sofrimento a partir da categoria sofrimento social em “*Souffrance Sociales. Philosophie, psychologie et politique*” de Renault (2008).

A fim de problematizar a questão mental em saúde do trabalhador dialogamos também com a crítica epistemológica de Richard Rorty em “Filosofia e Espelho da Natureza” (1994). É a partir dessas análises críticas que discutimos dilemas, perspectivas e estratégias para a integração das atuações sobre a saúde mental no conjunto das práticas da vigilância em saúde do trabalhador.

PARTE 2**SABERES E PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO****CAPÍTULO 3 - COMPREENSÕES EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO**

À luz da vigilância em saúde do trabalhador, esse capítulo discute as abordagens teóricas das relações entre saúde mental e trabalho, considerando suas principais categorias, conceitos e métodos. E essa análise crítica busca apresentar os atuais modos de compreensão em saúde mental dos trabalhadores, demonstrando que esse ramo de produção de conhecimentos é um território que comporta diferentes matrizes epistemológicas, abordagens teórico-metodológicas e propostas técnico-operacionais. A heterogeneidade entre essas linhas de pensamento divergentes comporta polêmicas, certas aproximações e também distanciamentos.

Essa dinamicidade é própria a um campo de conhecimentos, que, conforme Pierre Bourdieu (1996), seria um conjunto de forças cujas necessidades se impõem aos agentes que nele se encontram envolvidos e uma arena de lutas onde estes se enfrentam, por meios e finalidades diferentes, contribuindo para a conservação ou transformação da estrutura.

Desde o início do século XX, as diferentes maneiras de analisar a saúde mental dos trabalhadores vão formando uma pluralidade de orientações que problematizam diferentes objetos e sustentam aplicações divergentes e conflitantes no âmbito das práticas. E essa pluralidade de matrizes de investigação-ação representa um estágio do conhecimento importante para essa temática.

Embora esses conhecimentos sejam relativamente recentes, as preocupações com a saúde mental dos trabalhadores não são exclusivas da contemporaneidade. Desde as primeiras fases do capitalismo industrial as manifestações de sofrimento entre trabalhadores foram notórias e fizeram surgir esforços de compreensão⁸.

Naquele momento, as repercussões do trabalho industrial na vida social, na economia e na organização da sociedade mobilizaram tantos movimentos sociais quanto geraram inquietações entre pesquisadores e teóricos. A psiquiatria de Kraepelin (1856-1926) na Alemanha, as análises de Weber sobre os efeitos físicos e psíquicos das mudanças técnicas e

⁸ Como deveria ter sido a condição da saúde mental na revolução industrial, quando a situação material e existencial passou por mudanças radicais? Uma grande parcela da população, antes orientada pela e para a terra, agora se vê frente à indústria. O que significa do ponto de vista das relações de poder e da produção da subjetividade as revoltas e os movimentos sociais como os quebradores de máquinas? O que estava em jogo?

econômicas das condições de trabalho, as investigações de Hugo Munsterberg, nos EUA e também na Alemanha e o surgimento da própria psicologia do trabalho, no início do séc. XX, exemplificam esse fato.

Ainda nas primeiras décadas do século XX, Weber, por exemplo, já vinha discutindo elementos da psicofísica do trabalho industrial, em paralelo a outros pensadores preocupados com a dinâmica físico-psíquica dos trabalhadores.

Qualquer processo de “divisão do trabalho” e “especialização”, especialmente a “desmontagem do trabalho” dentro das grandes empresas modernas, qualquer mudança do processo de trabalho em geral devido à introdução e à mudança de instrumentos de trabalho (máquinas), qualquer mudança na jornada de trabalho e nas pausas de trabalho, qualquer introdução ou mudança no sistema de pagamento que visa à premiação de determinados rendimentos qualitativos e quantitativos de trabalho, - cada um desses processos significa, em cada caso particular, uma mudança das exigências colocadas ao aparato psico-físico do trabalhador (Weber, 1908, p. 11).

Frente ao avanço da técnica e as transformações das relações sociais, ocorrem processos acelerados de industrialização e urbanização. E nesse contexto de industrialização, sobretudo nos Estados Unidos da América (EUA) e Europa, emergem práticas da psicologia em relação ao trabalho em conjunturas político-econômicas do conturbado século XX, caracterizado pelas guerras mundiais, períodos de recessão econômica, surgimento de movimentos populares e sociais, entre outros.

A intenção inicial dessas práticas era contribuir para minimizar problemas do ser humano no âmbito das fábricas. Na verdade, a ênfase da psicologia no século XX estava na busca de resolução de problemas individuais e coletivos ligados a determinados locais e instituições como indústrias, escolas, prisão, exército e tribunais.

Neste cenário, surgem as primeiras pesquisas, análises e experiências no denominado campo psicologia industrial, com iniciativas de Hugo Münsterberg que publica a obra “*Psychology and Industrial efficiency*” em 1913, buscando diminuir a distância entre o laboratório de psicologia experimental e os problemas econômicos. O objetivo dessa psicologia econômica era conseguir o melhor homem possível, o melhor trabalho possível, o melhor resultado possível⁹.

Essa psicologia seguia os princípios de pesquisa experimental, na tentativa de recriar em laboratório as situações cotidianas, a fim de decompor, controlar variáveis e prever

⁹ Outras personagens foram consideradas pioneiras nessa área como Walter D. Scott (1869-1955), abordando a relação psicologia e publicidade, James Cattell (1860-1944) e outros que contribuíram com o desenvolvimento da de testes de seleção e práticas de treinamento, nos EUA e Europa.

comportamentos. A intenção era levar ao laboratório os problemas práticos das indústrias e do comércio, como os acidentes e a relação homem-máquina. Münsterberg, por exemplo, analisou relações entre jornada de trabalho, ocorrência de acidentes, fadiga e processos mentais (atenção, memória, etc.) entre pilotos de trem e serviços de navegação, entre outras categorias.

Marcadamente era uma psicologia aplicada em que se buscava aplicar pesquisas e técnicas da psicologia experimental e da psicologia diferencial nas atividades econômicas, seguindo o padrão das ciências naturais. Uma de suas características era a busca de qualidades mentais por meio de testes psicológicos. Almejava selecionar, classificar e examinar habilidades pessoais em função das tarefas a serem desenvolvidas e também avaliar processos mentais como atenção, memória, tomada de decisão e julgamento. As questões da monotonia e fadiga na relação homem-tarefa também foram alvos de pesquisa. Nesse período histórico, o modo de organização das indústrias era o taylorismo (organização científica do trabalho), que buscava o controle das tarefas retirando do trabalhador qualquer decisão sobre o seu fazer, passando-o para as mãos da gerência (Leão, 2012).

No contexto brasileiro, os problemas de saúde mental e trabalho também não são novos e um dos primeiros registros de “surto” de depressão relacionado ao trabalho no país foi o relato do banzo – o sofrimento dos escravos africanos trazidos para o Brasil. A desterritorialização e a saudade da África os levou a cometer atos extremos como comer terra nas ruas do Rio de Janeiro, manifestação clara de um sofrimento incalculável e aterrorizador (Pena, 2011).

Ao longo do século XX, vão emergindo diferentes modalidades de compreensão ligadas às questões mais amplas do cenário científico (surgimento da psiquiatria e desenvolvimento da psicanálise, entre outros) e aos contextos sociais, geográficos, culturais e políticos de cada região. Percebemos perspectivas mais comportamentalistas nos EUA, outras médico-fisiológicas em países nórdicos (como exemplificam as pesquisas sobre o estresse laboral), abordagens sociológicas em solo latino e compreensivas em solo francês, entre outras.

Atualmente, podemos identificar os seguintes ramos sobre essa interface: a) clínicas do trabalho; b) enfoques do estresse e assédios; c) linhagens da psicopatologia do trabalho e da psiquiatria, incluindo a vertente do desgaste mental; f) psicossociologia e análises institucionais; g) abordagens organizacionais e da subjetividade.

Cada uma delas abrange grande número de teóricos e pesquisadores e oferece lentes para analisar aspectos do sofrimento, subjetividade, saúde e adoecimentos mentais relativos

ao trabalho. Algumas são importantes modelos para a produção de conhecimento, subsidiando pesquisas de grande relevância ao revelar o sofrimento e suas manifestações, enquanto outras têm maior presença nas práticas e políticas empresariais e nas ações dos serviços de saúde, como meios de intervenção.

Atualmente, muitos dos problemas de saúde mental já se tornaram mais evidentes justamente pela visibilidade e institucionalização desse tema na cena social, dada por essas linhas de estudos (a popularização do termo estresse, por exemplo), pelas próprias características do trabalho na atual conjuntura capitalista, como expomos na parte inicial deste estudo.

A seguir, expomos aspectos centrais de algumas dessas abordagens, iniciando com as perspectivas psicossociológicas, a atenção psicossocial, as abordagens clínicas, os enfoques do estresse, a SMRT e os estudos organizacionais e do assédio.

Perspectivas psicossociológicas

A psicossociologia é um ramo de pesquisa-intervenção que visa trazer mudanças na sociedade a partir do trabalho com instituições, enquanto elemento articulador de dimensões psíquicas e sociais dos sujeitos.

Ela nasce no contexto europeu, recebendo influências das pesquisas em dinâmicas de grupo feitas por Kurt Lewin e da microssociologia da Escola de Chicago, além das análises desenvolvidas pelo *Tavistock Institute of Human Relations* (Inglaterra) sobre a mudança organizacional. Por exemplo, as pesquisas de Jacques e sua equipe na fábrica *Glacier Metal Company* permitiram concluir que as instituições podem ser usadas por seus membros para reforçar mecanismos individuais de defesa contra a ansiedade, particularmente contra o aparecimento de ansiedades depressivas e paranoides que se manifestariam nas rivalidades, hostilidades e suspeitas (Machado, 2010). Até mesmo as concepções de Paulo Freire, em sua ênfase no protagonismo das comunidades e populações como agentes de mudança, foram fundamentais para a criação da intervenção psicossociológica.

Uma marca distintiva dessa abordagem é o seu referencial teórico psicanalítico, facilmente perceptível através das ênfases nas relações entre as dinâmicas inconscientes dos sujeitos e os modos de funcionamento das instituições, que seus principais autores (Max

Pagès, Jean Claude Rouchy, André Lévy, Eugène Enriquez e Jean Dubost, entre outros¹⁰) desenvolveram de modo peculiar.

Essa forte influência da psicanálise se dá, sobretudo, a partir das obras sociológicas de Freud, que levaram à problematização dos fenômenos inconscientes nos grupos – as fantasias, o imaginário grupal/organizacional, os processos de recalçamento, repressão, idealização, identificação e projeção, entre outros (Enriquez, 2005).

Ela parte do pressuposto que as instituições têm a função de oferecer expressão e gratificação a impulsos libidinais e fornecer oportunidades de sublimação criativa. Por isso, busca compreender processos de mudança nas organizações para gerar práticas sociais de intervenção a partir dos grupos em suas manifestações cotidianas, utilizando como mecanismo de mudança o dispositivo *intervenção psicossociológica*. Esse dispositivo é um processo analítico que permite a observação e a definição do fato psicossocial, facilita o aparecimento de projetos autônomos e ajuda a criar autonomamente novas formas coletivas e lúcidas de pensar, agir e viver (Machado, 2010).

Uma questão central na intervenção psicossociológica é a análise da demanda. Ela é um requisito fundamental para a ação porque permite compreender tanto as dimensões e relações em jogo quanto esclarecer os pontos problemáticos.

A ideia de demandas aqui se refere a situações coletivas e vivências compartilhadas que se expressam também de forma coletiva (greves, por exemplo) e são sempre heterogêneas porque envolvem uma pluralidade de indivíduos e grupos. A análise, então, deve ser tratada coletivamente e essa é uma das principais funções da intervenção: fazer as demandas emergirem de modo mais claro, através de situações capazes de criar meios para sua melhor compreensão e expressão.

Sua intenção é até mesmo contribuir para que pessoas, que habitualmente não têm a possibilidade de se expressar, possam falar, manifestar suas queixas e visões, porque a circulação de informação, os confrontos das ideias aumentam a capacidade de reconhecer as origens das dificuldades enfrentadas e as possibilidades de solução. Em consequência, uma das suas marcas principais é a intervenção focalizada nos grupos, compreendendo a interação via linguagem como o lugar do processo de construção da realidade intersubjetiva.

Assim, quando ela focaliza a mudança na instituição, a questão não seria modificar as estruturas materiais, físicas e processuais ali presentes, mas fazer rupturas na vida do sujeito,

¹⁰ Principais autores dessa abordagem: W.R. Bion, E. Jaques e I. Menzies (Inglaterra); D. Anzieu, R. Kaës, M. Pages, E. Enriquez, J.C. Rouchy e A. Lévy (França); D. Napolitain, R. Carli e C. Neri (Itália); H. Levinson, A. Zalesnik e M. Kets de Vries (Estados Unidos); E. Pichon-Rivière e J. Bleger (Argentina); J. Birman (Brasil) entre outros.

porque a mudança é fruto de um acontecimento psíquico e subjetivo. Ela é sempre um acontecimento psíquico e um trabalho do pensamento que não é determinado apenas pelas condições tecnológicas, biológicas e físicas. Por isso, a psicossociologia defende que nos processos de mudança o ato de decisão, como um ato público, ato de palavra, é fundamental. Não se trata de negar a mudança nas estruturas, colocando o assento apenas na linguagem e no pensamento, mas de compreender a enunciação como um anúncio do futuro e uma manifestação da vontade de mudança de modificação da realidade que serve como um guia de ação.

Isso não significa, evidentemente, que o enunciado de uma decisão seja suficiente para transformar como que por mágica, as situações institucionais, econômicas ou sociais, nem que a palavra seja onipotente. Mas, simplesmente, que uma decisão necessariamente modifica, apenas por seu enunciado, os termos nos quais a situação será doravante encarada e as condições nas quais ela é suscetível ou não de ser mudada (Levy, 1985, p. 126).

A intervenção psicossociológica é, portanto, uma atividade interpretativa de análise-intervenção e não a descrição de discursos que reificam e justificam as condutas. Vale destacar que a instituição, é compreendida como uma formação da sociedade e da cultura, ou seja, uma formação social pré-existente aos indivíduos e reguladora das relações humanas. Ela é um entrecruzamento de aspectos materiais, sociais, econômicos e simbólicos. E dado esse caráter simbólico da instituição, ela sempre afeta a psique, formando assim um espaço psíquico institucional e um aparelho psíquico grupal que “permite pensar o agenciamento específico da realidade psíquica na relação do indivíduo com o conjunto intersubjetivo, no qual toma parte e ao qual dá consistência” (Kaës, 1991, p. 29). E assim, em cada instituição ocorre a produção e manutenção de formações e espaços psíquicos originais compartilhados pelos seus integrantes que visam à realização das finalidades da organização (Kaës, 1991).

Esses espaços seriam formações psíquicas intermediárias, ou seja, formações produzidas na instituição como resultado do encontro do sujeito e sua organização. É esse espaço psíquico constituído pelo agrupamento na instituição que organiza o mundo psíquico e, conseqüentemente, produz sintomas e significantes partilhados, colocando em funcionamento uma diversidade de cenas psíquicas, muitas das quais geram sofrimentos. Nessa formação psíquica intermediária, os membros da instituição se unem em desejos, sintomas, fantasias e identificações, podendo gerar o sofrimento institucional (Kaës, 1991). Tal sofrimento se distingue do sofrimento ligado à própria vida (restrições, desilusões, desejos, angústia) porque é proveniente do sujeito que se encontra na instituição e emerge em

função de relações assimétricas entre exigências/benefícios e dos contratos, pactos e acordos inconscientes¹¹. Fator que agrava ainda mais o sofrimento é a incompreensão de sua causa, do seu objeto, do seu sentido e razão (Kaës, 1991).

Importante destacar que o sofrimento nas instituições tende a paralisar e deteriorar o espaço psíquico interno, próprio ao sujeito singular e também os espaços comuns dos sujeitos associados nas configurações do vínculo. E é justamente para reconhecer e distinguir essas situações que a intervenção deve ser realizada.

É importante deixar falar e ouvir o sofrimento e o mal, seja qual for a sua procedência e a sua razão de ser: a condição primordial é permitir que sua representação aflore – pela palavra e pelo jogo. Então é possível confrontá-la com as formações míticas e rituais de que as instituições se dotam para necessariamente se defender contra o sofrimento e para representar a causa e o tratamento desse sofrimento, ou mesmo para evitar de ter essa representação (Kaës, 1991, p. 58).

Apesar da psicossociologia não apresentar o trabalho como temática central, oferece importantes contribuições para a compreensão das situações de trabalho, envolvendo a dinâmica entre indivíduos, grupos e organizações.

Ela aborda as reciprocidades entre o psíquico e o social no contexto dos grupos e organizações de trabalho, apresentando práticas de gerenciamento de empresas como um poder característico da sociedade hipermoderna e como elas criam identificações no sujeito, mobilizam desejos dos trabalhadores, transformando a energia libidinal em força do trabalho (Gaulejac, 2007). Nessa linha, diversas pesquisas têm sido realizadas para compreender as relações entre o trabalho e o adoecimento, a urgência e excelência nos processos de trabalho, trazendo discussões sobre as neuroses de excelência, bem como enfocando grupos em situação de vulnerabilidades sociais como a juventude (Carreteiro e Barros, 2011).

Uma metodologia de investigação-intervenção que tem sido apresentada em alguns estudos no Brasil é a análise psicossociológica do trabalho. Ela se baseia no resgate da experiência vivida pelos indivíduos na realização do seu trabalho, através da explicitação do conhecimento dos trabalhadores a respeito de sua atividade e a elaboração teórica realizada pelos pesquisadores.

A psicossociologia converge em alguns pontos com autores conhecidos como institucionalistas (Deleuze e Guattari, por exemplo), na crítica à separação investigação-intervenção, no trabalho com grupos e comunidades como alvo privilegiado, na recusa à

¹¹ Ele tem diferentes naturezas: angústia de ser destruído pela máquina institucional, a angústia de aniquilamento, o sofrimento decorrente dos fracassos contratuais, da fundação e da função instituinte e da realização dos desejos.

psicologização dos conflitos, na negação de uma sociologia abstrata e na consideração da análise (olhar/escutar) como modo básico de funcionamento (Barros, 2001).

Análise institucional e psicossociologia convergem, no entanto, no que diz respeito à importância atribuída à psicanálise, às relações de transferência e contratransferência, à análise da demanda, à apreensão do social em seu momento instituinte, à auto-gestão de grupos, organizações e comunidades” (Machado, 2010, p. 178).

Nessa linhagem de estudos também está o movimento institucionalista e os dispositivos de circulação da palavra. Estudos e pesquisas, baseados nas perspectivas de Michel Foucault, Gilles Deleuze e Felix Guattari, enfatizam as relações entre subjetividade e trabalho, considerando vivências de trabalhadores, alternativas de intervenção em grupo e debates sobre as micropolíticas do trabalho, entre outros. Algumas investigações abordam as relações poder, práticas e dispositivos disciplinares e de vigilância. Outros desenvolvem perspectivas de intervenção no trabalho considerando aspectos institucionais e as micropolíticas do cotidiano.

Na tentativa de pensar uma ampliação das práticas institucionais, Guattari forja o conceito de análise institucional, não apenas para questionar a psiquiatria, mas a pedagogia e a pedagogia institucional. “A subjetividade, em todos os estágios do socius onde se quisesse considerá-la, não era manifesta, era produzida sob certas condições e estas poderiam ser modificadas por múltiplos procedimentos e de forma a orientá-la em sentido mais criativo” (Guattari, 1992, p. 190).

O movimento institucionalista, conforme os autores acima, apresenta importantes debates sobre o poder e as instituições, sustentando uma crítica da verdade e da natureza.

Para Foucault (1996), as verdades são invenções fundadas no tecido sócio-histórico por relações de forças que cronificam interpretativas e acabam trazendo o congelamento da palavra. Essas relações de poder e verdades cristalizadas buscam modelar comportamentos através de mecanismos de vigilância e controle (Deleuze, 1992; Guattari; Rolnik, 2007), e são essas relações no âmbito organizacional que podem gerar mecanismos de inibição da circulação da palavra e das expressões dos sofrimentos.

Esses autores também abordam a importância da questão institucional, pois a experiência humana sempre supõe um meio institucional, pois o homem não teria uma essência já que é constituído fundamentalmente por suas relações. Dado que o ser humano é relacional e descontínuo (Deleuze, 2006), a instituição funciona como conjunto de meios

organizados em um sistema que intermedia as relações humanas e a satisfação de tendências (Almeida, 2012).

Como dispositivos de intervenção, essa linhagem utiliza modalidades de pesquisa-ação visando trazer questionamentos nas verdades instauradas (Almeida, 2012) que buscam abrir novas relações entre os grupos analisados. Considerando que a dinâmica do poder nas instituições pode gerar processos de congelamento da palavra, silenciando os trabalhadores, preconiza-se a circulação da palavra para possibilitar rupturas e mudanças nas relações institucionalizadas.

Frente a essa problemática do sofrimento e da saúde mental dos trabalhadores, a contribuição da psicossociologia está em priorizar a construção de espaços de fala e de circulação da palavra nos lugares do trabalho que visem à transformação das situações laborais mediante as críticas às verdades instauradas. Desse modo, oferecem alternativas às práticas hegemônicas que visam transformar o trabalhador, adaptando-o às condições de trabalho, disciplinando-o por mecanismos de coerção e controle, ou excluindo-o via intervenção medicalizante, compreendendo que o sofrimento dos sujeitos é sempre relacional e não um problema apenas individual.

Saúde Mental e Atenção Psicossocial

Uma importante tradição que contribui para pensar as relações entre saúde mental e trabalho é o conjunto de saberes e práticas da reforma psiquiátrica brasileira. Dela procede o conceito de atenção psicossocial, que marca a diferença entre a compreensão tradicional da saúde mental que geralmente privilegia o enfoque no indivíduo e na patologia, transtorno e doença mental (Duarte, 1994).

Atenção psicossocial vai além dessas noções, remetendo aos dispositivos de clínica ampliada para o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico e às práticas alternativas à internação, psiquiatrização e hospitalização do doente mental. Emerge da confluência de forças entre a reforma psiquiátrica brasileira e o movimento acadêmico, institucional e social de luta antimanicomial (Amarante, 2007).

Os diversos casos de violência, negação e violação dos direitos humanos nas instituições psiquiátricas suscitaram críticas que impuseram a necessidade de desenvolver espaços abertos de atenção ao paciente e acesso à cultura, renda e exercício da cidadania (Bezerra, 2007).

Essa tradição de estudos acadêmicos e perspectivas institucionais no âmbito do SUS busca romper com a ideia de normalidade e adaptação, superando concepções organicistas e

psicológicas de sofrimento psíquico ou da doença mental, observando a experiência subjetiva do sofrimento e da loucura como um complexo de elementos biológicos, psicológicos, individuais e coletivos.

Ainda que avance nesses termos, existe sempre uma tensão entre a universalidade das categorias nosológicas e a adequada compreensão da experiência subjetiva. A luta antimanicomial procura superar a lógica da doença como entidade isolada e desenvolver dispositivos clínicos e possibilidades sociais para os sujeitos criarem novas normas de conduzir a vida, já que o funcionamento psíquico desses sujeitos os coloca fora dos padrões de normalidade social (Bezerra, 2007).

Importantes transformações históricas, teóricas, políticas e operacionais foram engendradas no cenário brasileiro, de forma que a política nacional de saúde mental preconiza a superação do modelo asilar com serviços de portas abertas e territorializados, sempre em diálogo com a comunidade. E, ainda, com muitos desafios, a rede de atenção psicossocial no SUS, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Serviços Residenciais Terapêuticos (Srt), os Centros de Convivência e Cultura fazem parte desse conjunto de ações e serviços em funcionamento, gerando processos de mudança social na maneira de lidar com a loucura.

Os Caps, por exemplo, foram implantados como serviços intermediários entre o ambulatório e a internação psiquiátrica, cuja proposta terapêutica pretende oferecer uma prática clínica centrada na vida cotidiana. Sua função passa: pelo atendimento individual medicamentoso, psicoterápico e de orientação, entre outros, e em grupos como psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social; pela realização de oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias, enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social. E no conjunto de suas práticas, utilizam-se os mais variados tipos de técnicas e dispositivos terapêuticos, incluindo os espaços coletivos de tomada de decisão, onde as pessoas têm direito a opinar e decidir sobre o seu futuro e o do serviço (Brasil, 2004).

As principais categorias da atenção psicossocial são o sujeito em sofrimento e as manifestações psicopatológicas, visto que essa atenção abrange psicoses, neuroses graves, deficiência mental, uso prejudicial de drogas, transtornos mentais severos e sofrimentos psíquicos, denominados de transtornos mentais menores (Delgado, 2007). Muitos autores compreendem que é crucial dar atenção ao mal-estar, ou seja, um sofrimento que não pode ser diagnosticado conforme os manuais da psiquiatria e “produzir lugares para a escuta desse sofrimento difuso, que não se exprime na psicopatologia mais evidente e que não está nas radiografias médicas” (Delgado, 2007, p. 64).

Essa discussão teórico-prática sobre sofrimento, transtornos e modos de como compreendê-los e abordá-los é de grande valia quando se problematizam aqui possibilidades de integração da saúde mental dos trabalhadores na Visat.

Do ponto de vista técnico-operacional, os dispositivos criados pela reforma sanitária têm a responsabilidade de articular uma rede de cuidados em saúde mental a partir do território, compreendendo os principais problemas de saúde mental de determinada comunidade. Isso compõe um quadro de ricas possibilidades de articulação (em todos os níveis, nacional e local) dos serviços de saúde mental e de saúde do trabalhador para a análise-intervenção sobre os problemas saúde mental em sua vinculação com os processos produtivos.

Já existem pesquisas nessa direção (Nardi e Ramminger, 2012; e Bernardo e Garbin, 2011), apontando a falta de articulação política e institucional desses campos, a necessidade de formação dos profissionais, a importância das notificações em saúde mental e do estabelecimento do nexos causal e a relevância dos eventos sentinelas. Cabe, ainda, aprofundá-las na lógica da vigilância em saúde do trabalhador.

Abordagens compreensivas e clínicas do trabalho

Outro ramo de conhecimentos muito difundido no cenário brasileiro é o que se tem chamado atualmente de clínica do trabalho. O termo clínica, apesar de ser carregado de sentido médico e terapêutico, não é entendido aqui como uma clínica de consultório, com ênfase nos indivíduos, mas se refere à preocupação e atenção com as dinâmicas coletivas e subjetivas mobilizadas pelo trabalho (Lhuillier, 2011).

Essas clínicas não formam uma escola de pensamento homogênea, havendo em seu interior diversidade epistemológica, teórica e metodológica, ainda que possuam objetos comuns e similaridades como a ênfase na situação de trabalho, que compreende o sujeito, o trabalho e o meio, bem como a noção de atividade.

Aliás, o ponto de diferenciação dessas abordagens em relação às outras abordagens em saúde mental e trabalho é a maneira de compreender o trabalho a partir do conceito de atividade. Trabalhar seria uma atividade humana complexa e intersubjetiva mobilizadora de dinâmicas coletivas que criam normas, regras e formas particulares de agir, irredutíveis às prescrições da organização do trabalho.

O ato de trabalhar não é uma mera execução, mas a gestão da distância entre a organização real e prescrita do trabalho. O hiato e o vazio existente entre o trabalho prescrito

e o real, segundo as clínicas, requerem análises sobre a “complexidade humana nas situações de trabalho”. Essas análises supõem intervenções capazes de atentar não somente para os elementos objetiváveis no ambiente de trabalho ou o comportamento dos trabalhadores, mas também para sua parte não visível como as motivações, os impulsos, os pensamentos dos trabalhadores (Dejours, 2005). De acordo com Dejours, por exemplo, “o trabalho é a atividade coordenada de homens e mulheres para defrontar-se com o que não poderia ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa de caráter utilitário com as recomendações estabelecidas pela organização do trabalho” (Dejours, 2011, p. 161).

Para esse autor, a realização de uma atividade implica no encontro com o real do trabalho e esse confronto mobiliza dinâmicas subjetivas, vivências de sofrimento, criação de estratégias defensivas e de regras de trabalho originadas no uso da inteligência corporal e prática dos trabalhadores.

Todas essas questões intersubjetivas deflagradas na atividade demonstram o quanto o trabalho real não pode ser reduzido à sua dimensão técnico-econômica ou sócio-ética (Dejours, 2005), dada a existência de re-concepções, criações intersubjetivas e transgressões por parte dos trabalhadores frente às suas tarefas e às prescrições.

“O trabalho não é só organizado pelos projetistas, pelas diretrizes e pelo enquadramento. Ele é reorganizado por aquelas e aqueles que o realizam, e essa organização coletiva comporta prescrições indispensáveis à feitura do trabalho real” (Clot, 2007, p. 18).

Por isso, a atividade de trabalho contém tanto aquilo que se faz na prática, quanto o que não se faz, as inibições de outras ações e as atividades impedidas. Na concepção de Clot, por exemplo, a atividade de trabalho é triplamente dirigida, pois se trata de uma conduta individual, que é direcionada também para os outros e mediada pelo gênero profissional. O gênero profissional seria uma história de um grupo, uma memória impessoal de um local de trabalho, “obrigações partilhadas por um coletivo num meio profissional” (Santos, 2006a, p. 37).

Da mesma forma, para a Ergologia, a atividade de trabalho comporta uma gestão da distância entre o prescrito e o real, cujo conteúdo de tal distância é sempre ressingularizado, evocando uma racionalidade diferente por parte dos trabalhadores. Racionalidade essa que congrega níveis conscientes e níveis de economia do corpo, atravessando o intelectual, o cultural e o fisiológico -, implicando um constante debate de valores, debates pessoais e de valores de ordem social (Schwartz, 2010a).

A atividade sintetiza as dimensões do humano: emoções, razão, corpo-alma (Schwartz, 2010b) e implica sempre em debates entre normas antecedentes e tentativas de

renormalização na relação dos trabalhadores com o seu meio. Essa constante renormalização estaria justamente no coração da atividade (Athayde e Brito, 2011) apontando a irreduzibilidade humana às prescrições e sua tendência a construir normas e meios de viver. Essa tendência decorre também do vazio normativo experimentado pelos trabalhadores frente às situações reais de trabalho. Por isso, a ergologia ressalta o trabalho como “encontro de valores” (Schwartz, 2010a). Encontro entre as normas antecedentes, que podem ser gerais, científicas e técnicas, e as renormalizações produzidas pelos protagonistas da atividade.

Em síntese, segundo essas abordagens, o trabalho é uma atividade humana complexa que mobiliza a subjetividade dos trabalhadores na criação de normas e meios de ação, envolvendo dimensões individuais e coletivas (criatividade, convivência, implicação subjetiva), impossíveis de serem engendradas via prescrição de tarefas e arranjos técnico-organizacionais.

A atividade de trabalho, no essencial, não se vê. Somente são apreendidos, de maneira relativamente acessível, seus resultados, seus meios: produtos, bens, serviços, de um lado; ferramentas, máquinas, organogramas, programas, documentos..., de outro. Pode-se então, sem escrúpulos, tomar a medida da inteligência, da energia industriosa humana apenas a partir de seus meios e produtos visíveis, quantificáveis do trabalho? [...] Toda avaliação puramente quantitativa oculta esse continente de microdramáticas (Schwartz, 2011, p. 134-135).

As clínicas preconizam a pesquisa-intervenção sublinhando a centralidade dos discursos dos trabalhadores para o processo de análise da atividade, considerando a importância de acordos entre trabalhadores e pesquisadores para a construção do conhecimento, a restituição/avaliação e a criação de dispositivos de discussão dos resultados. Para tanto, considera-se importante a demanda dos trabalhadores, a utilização de entrevistas coletivas com trabalhadores para a reconstrução da lógica das pressões causadoras de sofrimento e o conhecimento das estratégias defensivas coletivamente construídas (Dejours, 1988, 2004).

A chamada clínica do trabalho, incluindo a perspectiva ergológica, focaliza a atividade e as dinâmicas coletivas e subjetivas mobilizadas em sua execução (Lhuillier, 2011), por meio de pesquisa-intervenção, dando centralidade aos discursos dos trabalhadores.

Em linhas gerais, salienta-se a necessidade do espaço de discussão dos trabalhadores como fator primordial e propõem-se técnicas dialógicas como a instrução ao sócia, a auto-confrontação simples e a auto-confrontação cruzada (Clot), que permitem a realização de uma atividade sobre a atividade, capaz de trazer transformações sobre o que se faz rotineiramente. Esses instrumentos contemplam tanto a ação vivida quanto a não vivida, que também fazem

parte do real da atividade e têm a finalidade de renovar o poder de agir dos trabalhadores, buscando utilizar-se de sua experiência para fazer outras experiências (Clot, 1999).

Em nosso próprio vocabulário, podemos dizer que a transmissão da experiência, quando efetivamente se realiza, equivale sempre a um desenvolvimento desta experiência. Reconhecê-la é implicá-la em uma história que a modifica. É torná-la disponível para uma outra história, diversa daquela da qual ela é originária (Clot, 1999, p. 4).

A preocupação de colocar em evidência o saber, a palavra, a fala dos trabalhadores, também é considerada na ergologia e Schwartz (2011) propõe um regime de produção de saber denominado Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P), cujo objetivo é incitar os trabalhadores “a pôr em palavras um ponto de vista sobre sua atividade, a fim de torná-la comunicável e de submetê-la à confrontação de saberes” (Schwartz, 2011, p. 162). Um polo dos saberes codificados (normas antecedentes), um polo que faça intervir os protagonistas da ação enquanto produtores de saberes não antecipáveis, e um terceiro que indica a condição de circulação fecunda entre os dois primeiros.

Para compreender a atividade é preciso um diálogo de diversos ângulos e disciplinas científicas com o saber dos protagonistas, entre saberes disciplinares e saberes da experiência (Athayde e Brito, 2011).

O ponto de partida ergológico para compreender-transformar positivamente a vida e o trabalho são as “dramáticas do uso de si”, exigindo-se todo cuidado para resistir às seduções e não colocá-las de imediato no campo do sofrimento patogênico, malgrado seu apelo e facilidades (Athayde e Brito, 2011, p. 265).

As estratégias de compreender-transformar o trabalho visam à confrontação de saberes dos trabalhadores sobre sua atividade, partindo de situações concretas e ressaltando o papel dos sujeitos nas transformações. Focalizam a relação subjetividade, trabalho e saúde do ponto de vista das criações, resistências e possibilidades de ação e transformação pelos próprios protagonistas da ação, em diálogo com pesquisadores, sobre as situações concretas de trabalho.

Assim, verificam a mobilização subjetiva dos trabalhadores, seus esforços, inteligência corporal, criatividade, inventividade e toda gama de ações sem as quais o trabalho não seria possível. Ao mesmo tempo, podem conferir visibilidade às situações penosas e aos sofrimentos, por meio da atenção às experiências, saberes e linguagem própria dos trabalhadores, favorecendo sua expressão.

Uma importante consideração a fazer é que tais perspectivas estão mais voltadas à produção do conhecimento que às perspectivas institucionais de intervenção. Seus critérios

metodológicos, se utilizados conforme preconizados, demandam grande quantidade de tempo, bem como todo um coletivo de profissionais-pesquisadores envolvidos na prática de uma pesquisa que contribua para a elaboração e enunciação coletiva dos trabalhadores sobre suas questões.

Ou seja, esses métodos de uso da linguagem no trabalho privilegiam a fala dos trabalhadores, o que pode implicar na redução de possibilidades de intervenção nos fatores causadores das situações de prazer/sofrimento no trabalho, na medida em que focalizam os sujeitos.

Abordagens do estresse

O uso do termo estresse é corrente na literatura, nas práticas organizacionais e no imaginário social. As compreensões e teorias sobre este construto variam de perspectivas médicas, fisiologistas e psicológicas - que tratam dos mecanismos corporais de manifestação do estresse com o foco no indivíduo - a abordagens que ressaltam a gênese e a intervenção social e organizacional.

A origem dessas abordagens possui viés organicista dos estudos médico-fisiológicos de Hans Selye (1907-1982), médico endocrinologista que descreveu a “Síndrome Geral de Adaptação”. Para ele, o organismo passa por três reações sucessivas frente ao fator estressante: alarme, resistência e exaustão, sendo este último o estado de estresse crônico, no qual o organismo fica mais suscetível às patologias.

A partir desse estudo o estresse ocupacional passou a ser alvo de pesquisas em diversos países, fazendo emergir distintas interpretações sobre a temática na década de 1990. Diversos autores da América do Norte e Europa, como Frankenhaeuser e Gardell (1976) Kalimo (1980), Levi (1988), Cooper e Marshall (1976) e Lazarus e Folkman (1984), desenvolveram distintas abordagens.

Cooper e Marshall (1976), por exemplo, chamaram atenção para as categorias implicadas no estresse profissional: pressões intrínsecas do trabalho (pressão de tempo; trabalho excessivo); papel do trabalhador na organização (falta de clareza nas responsabilidades); relações interpessoais no trabalho (dificuldades com supervisores, colegas, subordinados); limitações no desenvolvimento de carreira (segurança no trabalho, oportunidades de promoção); estrutura e clima organizacionais (não reconhecimento dos contributos do colaborador e ausência de participação nas tomadas de decisão).

Abordagens epidemiológicas despontaram na década de 1960, na tentativa de associar o estresse no trabalho com os desfechos na saúde, sobretudo doenças cardiovasculares (Alves *et al*, 2004).

Atualmente existem variados modelos explicativos que discutem a relação entre os fatores psicossociais do trabalho e o estresse ocupacional. Os mais presentes na literatura são o modelo demanda-controle (Karasek e Theorell, 1990), modelo demanda-controle-apoio social (Jonhson e Hall, 1988), modelo do desequilíbrio esforço-recompensa (Siegerist, 1996).

O modelo proposto por Karasek traz o conceito de estresse como desequilíbrio entre as demandas do trabalho e a capacidade de resposta dos trabalhadores e também como conjunto de reações do organismo a agressões de ordem física e psíquica capazes de perturbar a homeostase. Preconiza que o controle dos trabalhadores sobre sua atividade (uso de habilidades e autoridade decisória), combinados com a demanda (exigências da tarefa, concentração e ritmo) podem trazer situações problemáticas para a saúde dos trabalhadores. Assim, a ausência de controle dos trabalhadores sobre suas tarefas pode ser um fator de desencadeamento de patologias físicas e mentais. Ou seja, ocorrem quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo.

Em 1988, Jonhson propõe uma ampliação dessa abordagem demanda-controle, introduzindo a categoria apoio social. Sua intenção é apontar que a integração social, a confiança no grupo e a ajuda na realização das tarefas por parte de colegas e superiores poderiam atuar como protetoras (moderadoras) dos efeitos do estresse no trabalho sobre a saúde. Essa abordagem chama a atenção para as teorias do apoio social que apontam as redes sociais de ajuda como elementos protetores da saúde nos coletivos humanos.

O modelo proposto por Siegrist preconiza que o desequilíbrio entre excesso de esforço no trabalho e o reconhecimento do trabalhador é gerador de estresse. O esforço designa as demandas e obrigações dos trabalhadores enquanto a recompensa se traduz em termos de ganho financeiro, autoestima e *status* ocupacional.

Podemos assim perceber uma passagem de abordagens organicistas para outras que introduzem as dimensões psicossociais, conforme os modelos demanda-controle, demanda-controle-apoio social e esforço-recompensa.

Quanto às modalidades de intervenção, essas abordagens utilizam metodologia quantitativa e instrumentos padronizados, como escalas e questionários fechados. Em geral, utilizam intensamente o *Job Content Questionnaire - JCQ*, muitas vezes associado ao *Self Report Questionnaire - SRQ - 20*.

O JCQ foi proposto para avaliar as dimensões psicossociais laborais, conforme o modelo demanda-controle. Envolve questões como demandas físicas, apoio social, controle no nível macro e insegurança no trabalho.

A ênfase das intervenções sobre o estresse está concentrada na redução de efeito e não eliminação da presença de estressores no trabalho (Kompier e Kristensen, 2003). Em geral as intervenções são reativas e o alvo principal acaba sendo o indivíduo, em detrimento da mudança no estilo gerencial ou da organização do trabalho.

Pesquisas sobre as teorias do estresse, apesar dos avanços, acabam se ancorando em modelos e paradigmas da psicologia behaviorista, focalizando a relação estímulo-resposta e enfatizando os estressores e os riscos psicossociais dos ambientes de trabalho, tomando os trabalhadores como hospedeiros, objetos dos impactos dos ambientes, numa clara vinculação aos pressupostos da saúde ocupacional.

Ressalta-se ainda a pouca especificidade do termo estresse, pois designa variadas situações e variados tipos (orgânicos, psicológicos e ambientais, entre outros) e o uso dos instrumentos de investigação para produzir pesquisa e sugerir modificações na estrutura organizacional.

No bojo dessas linhas de pesquisas sobre o estresse, surge o conceito de *burn-out*, descrito pelas pesquisas de Maslach, na década de 1980. A síndrome afeta mais profissionais do setor de serviços como educadores, cuidadores, profissionais de saúde, segurança pública e assistência social. A perda de controle dos trabalhadores sobre sua tarefa, a ausência de suporte social e o ritmo de trabalho penoso são apontados como principais fatores de risco para sua ocorrência (Brasil, 2001).

Percebe-se o quanto o *burn-out* é uma tendência mais voltada ao biológico e aos aspectos fisiopatológicos, apesar de existirem mais de uma perspectiva para compreendê-lo. O uso de *scores* e métodos quantitativos para avaliá-lo demonstra a tentativa corrente de quantificação desse fenômeno.

Tanto o estresse quanto o *burn-out* são categorias integradoras entre o nível mental-físico, voltadas para a compreensão das alterações. Ou seja, supõe-se que existiria um certo padrão de normalidade e os excessos seriam compreendidos como estresse e *burn-out*.

A própria legislação brasileira inclui entre os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho tanto o estresse pós-traumático, quanto o *burn-out*, conforme a lista de doenças relacionadas ao trabalho (Brasil, 1999a).

O manual de doenças relacionadas ao trabalho, publicado em 2001 pelo Ministério da Saúde, caracteriza o estado de estresse pós-traumático como uma resposta tardia a um evento

estressante ameaçador ou catastrófico, que cause angústia extrema no indivíduo (Brasil, 2001). Um dos sintomas é a rememoração constante da cena traumática e a esquiva de situações sociais que façam lembrar o ocorrido.

E o *burn-out* seria a síndrome do esgotamento profissional, caracterizado pela sensação de estar acabado. “É um tipo de resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho [...] vivência profissional em um contexto de relações sociais complexas, envolvendo a representação que a pessoa tem de si e dos outros” (Brasil, 2001, p. 191). O trabalhador pode apresentar três elementos: a exaustão emocional, a despersonalização e a diminuição do envolvimento pessoal no trabalho. No cenário francês, Albert (1993) trata esse fenômeno de outra forma. Sob influência da psicanálise, considera esse fenômeno como um tipo de neurose profissional que pode se manifestar de três formas principais: a neurose profissional traumática, a psicose profissional e as neuroses de excelência.

Fato a destacar é a tônica voltada para identificar a *alteração*, enquanto aquilo que se perde ou se degrada no sujeito (seu engajamento, sua visão de si mesmo). Seja nomeada de doença da queimação interna ou descrita como neurose profissional, a compreensão dos sintomas e sua correta identificação acaba tomando lugar central para ações de intervenção.

Saúde Mental Relacionada ao Trabalho - SMRT

No Brasil uma importante linhagem dessas relações saúde mental e trabalho surge na década de 1970, sendo denominada de modelo de desgaste mental. Atualmente vem sendo chamada de Saúde Mental Relacionada ao Trabalho - SMRT.

Essa tradição destaca as repercussões na saúde e os transtornos mentais relacionados ao trabalho oriundos da organização do trabalho, como divisão e conteúdo de tarefas e relações de poder. Nasce das perspectivas do materialismo-dialético e de autores da medicina social latino americana, como Laurell e Noriega, que buscaram compreender a historicidade do nexos biopsíquico humano.

Esses autores rompem com a noção de a-historicidade da biologia humana utilizando a categoria processo de trabalho para a análise da produção social do nexos biopsíquico na relação homem e natureza. Consideram que no processo de trabalho são geradas cargas de trabalho e desgastes físicos e mentais, compreendidos como perdas da capacidade potencial e/ou efetiva corporal e psíquica (Laurrell e Noriega, 1989).

Textos de Edith Seligmann-Silva são referenciais importantes dessa tradição, como “Crise econômica, trabalho e saúde mental” (1986), “Desgaste mental no trabalho dominado” (1994) e “Trabalho e desgaste mental. O direito de ser dono de si mesmo” (2011).

O principal objeto de estudo dessa abordagem é a relação saúde mental e trabalho.

Consideramos a unicidade corpo-mente, que torna a saúde geral e mental indissociáveis, podemos dizer que esse objeto é a inter-relação entre o trabalho e os processos saúde-doença cuja dinâmica se inscreve mais marcadamente nos fenômenos mentais, mesmo quando sua natureza seja eminentemente social. Uma precisão ainda maior exige que seja incluído nesse objeto não apenas o trabalho, mas também a falta de trabalho (Seligmann-Silva, 2011, p. 40).

A categoria chave dessa abordagem é, de fato, o desgaste, utilizada a compreensão dos transtornos mentais, cognitivos e psicoafetivos relacionados ao trabalho. A noção de desgaste é considerada uma categoria integradora, pois inclui o *desgaste concreto* no plano orgânico e o desgaste da esperança (projeto de vida) e a deterioração da autoimagem e da autoestima. Esse paradigma integrador que a autora propõe abarca os fatores ambientais e psicossociais objetivados pelos estudos do estresse, bem como o mundo subjetivo e a identidade relacionada aos processos de transformação em macro e micro contextos. Inclui também as diferentes esferas da vida social onde se desenvolvem relações de poder que levam ao desgaste (Seligmann-Silva, 2011).

Sufrimento e desgaste seriam conceitos que não se excluem mutuamente e permitem a compreensão dos processos intersubjetivos e psicossomáticos, considerando três níveis: 1) desgaste orgânico (dano cerebral); 2) mal-estar (fadiga mental e física); 3) desgaste da subjetividade, que corrói o caráter, deteriora a identidade e fere a dignidade e esperança.

Por isso, esse modelo compreende interações entre fatores ambientais e psicossociais, o mundo subjetivo, a identidade, diferentes esferas da vida social e relações de poder desvantajosas para a *integridade e estabilidade mental* do trabalhador.

Seligmann-Silva (2011) considera que a vida mental teria dois âmbitos: cognitivo e psicoafetivo. Engloba o declínio da atenção, memória, raciocínio, processos de tomada de decisão, entre outros, e também o cansaço, irritabilidade, distúrbios do sono, medos (de sofrer acidente, de adoecer por intoxicação), fadiga crônica (insônia, irritabilidade, desânimo) que leva a quadros psiquiátricos e crises, desencadeadas por fatores do trabalho como dobra de turno, intensificação do ritmo, prolongamento da jornada e conflitos com a chefia.

Para essa autora, o trabalho pode deslançar processos de perdas para a saúde dos trabalhadores verificáveis na fadiga física e mental e também no desgaste da identidade que

afeta sua dignidade pelo não reconhecimento dos seus desempenhos (Neves, Silva e Athayde, 2004).

Autores dessa tradição têm iniciado discussões atuais sobre a precarização social e ambiental no capitalismo e suas repercussões na saúde mental dos trabalhadores, além de uma agenda de pesquisas com variações de temas. Por exemplo, as investigações nesse campo incluem as repercussões psicossociais dos acidentes de trabalho, as relações entre família e trabalho (ressonâncias da organização do trabalho nas relações familiares criando situações de crise na família), a questão da dominação no mundo do trabalho e a psicopatologia da violência laboral - considerando que atualmente os espaços laborais induzem a determinadas formas de violência -, entre outros.

Algumas questões merecem destaque. A primeira diz respeito à integração de diversas perspectivas. Essa abordagem parece deixar de fora algumas diferenças fundamentais entre as perspectivas teóricas que une. O destaque às similaridades pode esconder as discrepâncias. Segundo Seligmann-Silva (2011), a categoria desgaste incorpora contribuições de variadas linhas conceituais, como a psicodinâmica do trabalho e as concepções de cunho psicanalítico de Deleuze, Guattari e René Kâes, por exemplo. Cabe indagar se seria possível haver alguma integração nesse nível.

Outra questão é a ênfase em um dado modelo “mental”. Em toda essa abordagem, Seligmann-Silva faz menções à “mente consumida” e ao desgaste da capacidade mental (cognitiva e psicoafetiva) dos trabalhadores. Essa noção fica clara nesta citação da autora: “A concepção de desgaste está vinculada à ideia de consumo do substrato e das energias vitais do trabalhador” (Seligmann-Silva, 2011, p.123).

Esse modelo, mesmo considerando todo o nexos entre questões macropolíticas, econômicas, sociais, métodos e modelos gerenciais e adoecimento dos trabalhadores, sugere uma caracterização de um suposto estado ideal que passa a ser degradado na experiência de trabalho. Uma espécie de natureza, estática e estável, entraria em declínio pelo impacto do trabalho, tal como um objeto físico cujo tempo se encarrega de danificar aos poucos.

Além do mais, considerando que o desgaste seria um produto da “correlação desigual de poderes impostos sobre o trabalho e sobre o trabalhador, acionando forças que incidem no processo biopsicossocial saúde-doença. Ou melhor, uma correlação de poderes e forças em que o executante do trabalho se torna perdedor” (Seligmann-Silva, 2011, p.135), essa noção não implicaria uma certa vitimização dos trabalhadores? Em geral, adoecer no trabalho pode se associar a uma ideologia da derrota que compreende o sofrimento como uma comprovação do fracasso individual frente às exigências e pressões do trabalho.

Outra questão importante a destacar é que, embora esse modelo tenha trazido importantes aportes para a compreensão-intervenção na saúde dos trabalhadores, existe uma certa tendência para considerar hegemonicamente a dimensão patológica e psiquiátrica.

Sem dúvida, essa tradição oferece importantes elementos para o avanço nas práticas de diagnóstico de transtornos mentais comuns e/ou transtornos mentais relacionados ao trabalho. Esse reconhecimento das doenças e o estabelecimento do nexos causal são importantes para assegurar direitos dos trabalhadores e estabelecer os tratamentos. Por outro lado, essa ênfase acaba focalizando a patologia e saídas médicas para os sofrimentos dos trabalhadores. E fica claro, quando repetidas vezes se faz menção à “vida mental” e a proposição principal diz respeito à uma “clínica contextualizada do trabalho”.

Negar a importância da incorporação do trabalho como aspecto determinante do adoecimento mental nas práticas clínicas está longe da nossa crítica e intenção aqui. Quando processos de sofrimento insuportáveis são vivenciados e expressos pelos trabalhadores, dispositivos e tecnologias de atenção e cuidado são fundamentais. Nesse ponto, as contribuições das pesquisas em SMRT podem balizar ações importantes na perspectiva da clínica. Esse referencial teórico pode ser ferramenta para o tratamento de pessoas em sofrimento grave relacionado ao trabalho, visando a reabilitação (serviço ainda inexistente no Brasil).

Para além dessa ênfase clínica, alguns aspectos, ainda não muito desenvolvidos e aprofundados dessa abordagem, podem contribuir para a vigilância em saúde mental do trabalhador.

Na investigação dos processos de produção do desgaste mental, Seligmann-Silva destaca aspectos a analisar em três patamares: a) no local de trabalho: riscos ambientais - físicos, químicos, biológicos; aspectos da organização do trabalho e ergonômicos; relações interpessoais e sistemas sociais coletivos de defesa e de regra; b) na empresa: posição no mercado; caracterização do paradigma organizacional e da cultura organizacional; política de pessoal - formas de contratação, valorização do profissional, comunicação hierárquica, práticas de saúde e novas tecnologias; c) contexto regional/nacional, considerando as forças políticas, econômicas e sociais na esfera internacional: conjuntura socioeconômica, políticas econômicas, industriais e tecnológicas, políticas sociais (saúde, educação, previdência, trabalho e emprego, controle e fiscalização do trabalho) e políticas de promoção social.

Seguindo esta lógica de identificar elementos a serem considerados para as análises do processo de desgaste, importantes aspectos podem ser elencados para o desenvolvimento de mecanismos as atuações de intervenção da Visat nos locais de trabalho.

Perspectivas organizacionais

As abordagens organizacionais também oferecem elementos importantes de interface com a saúde mental dos trabalhadores. Uma área bem desenvolvida nesse âmbito é a psicologia das organizações. No percurso histórico de construção dos saberes e práticas da psicologia, nos séculos XIX e XX, temáticas como sexualidade, inconsciente, processos mentais, atividade, comportamento, fisiologia humana e animal foram objetos prioritários em torno dos quais nasceram clássicas ciências psicológicas. Apesar da centralidade da categoria atividade em determinadas linhas da psicologia russa, sobretudo em Leontiev e Vigotsky, os enunciados presentes na história das interfaces entre a psicologia e o trabalho permitem afirmar que o trabalho foi inicialmente considerado uma esfera de aplicação de conhecimentos (Leão, 2012) e, no decorrer do século XX, essa psicologia passa a abordar as organizações de variados tipos (hospitais, sindicatos, do terceiro setor), não se restringindo às industriais.

De acordo com Schein (1968), os estudos organizacionais passam a abordar problemas tradicionais (recrutamento, testes, seleção, treino, análise de tarefas, incentivos, condições de trabalho) de modo inter-relacionado ao sistema social da organização e se interessam por uma nova série de problemas da organização enquanto um sistema complexo. Tais problemas não são limitados ao comportamento individual, abrangem também o comportamento de grupos, subsistemas e organização global, como reação a estímulos externos e internos.

Essa psicologia organizacional emerge pela influência de conceitos da sociologia e antropologia e pelo próprio desenvolvimento da psicologia social, trazendo novos conceitos (papel social, cultura, classe) e métodos (entrevistas, questionários, observação, além dos experimentos e laboratórios).

O desenvolvimento de conceitos e ênfases científicas como multicausalidade dos fenômenos, superando a noção de causa e efeito, as noções de sistemas complexos, suas interações e relações, bem como as transformações tecnológicas e sociais, também contribuíram para esse novo olhar da psicologia para as organizações.

As pesquisas de Elton Mayo, nos EUA, e de Eric Trist, na Inglaterra, foram fundamentais para essas transformações. Tanto os conhecidos experimentos conduzidos a partir de 1924, na *Western Electric Company*, em Chicago, sobre as relações entre elementos do ambiente físico e a produtividade (efeito Hawthorne), quanto as investigações do Instituto Tavistock, sobre os efeitos das mudanças tecnológicas nos processos de trabalho na indústria

de minas e carvão na Grã-Bretanha, chegaram a conclusões similares: as relações sociais e a organização informal dos trabalhadores são fatores-chave para a produtividade. Para além do foco no ambiente físico, no conteúdo das tarefas, na relação indivíduo-máquina, passou-se a dar atenção às relações humanas.

Nessa passagem, sistemas de recompensas e penalidades, esquemas de incentivos, aprendizagem, grupos de trabalho com suas normas próprias, motivação, relações de cooperação, competição e indiferença, são mais valorizados. A intenção não é mais fixar análises no posto de trabalho e nas tarefas, mas na organização, compreendida como um sistema social complexo (Schein, 1968).

Por exemplo, ocorrem influências da teoria de campo e da dinâmica de grupos (Kurt Lewin), teorias da motivação (Maslow e McGregor, entre outros), e diversos outros temas como liderança, relações interpessoais, aprendizagem, cognição, emoções e afetos.

A psicologia organizacional seria, portanto, uma ampliação da psicologia industrial, na medida em que agrega novos conhecimentos, recebe outras influências teóricas e práticas, mas, em última instância, mantém os mesmos alvos e objetivos.

Seu objeto de estudo está na “intersecção das ações da pessoa e da organização, como um todo complexo, dinâmico, inserido em uma ampla conjuntura” (Zanelli, 1994, p. 104).

O alvo é a eficiência e, para alcançá-la, tenta-se conciliar as necessidades individuais dos trabalhadores com as exigências da organização, enfatizando os modos de utilizar o potencial humano para conseguir a sobrevivência das organizações.

Essa psicologia problematiza os determinantes do comportamento humano dentro das organizações e compreende que, para o indivíduo, a organização existe como “entidade psicológica à qual ele reage” (Schein, 1968, p. 17), entendendo que as características organizacionais exercem influência sobre o comportamento dos indivíduos e grupos (Zanelli, 1994).

Está baseada no esquema de relação entre estímulos internos e externos, a partir da noção de que as forças psicológicas atuantes sobre o indivíduo estão ligadas aos grupos e à organização a que pertence.

A categoria principal nessa abordagem é o comportamento - como se pode notar com os temas ligados ao comportamento organizacional - sob a influência direta de teorias cognitivas e comportamentais, behaviorismo, sociocognitivismo e da psicologia social, calcadas em uma matriz epistemológica de cunho positivista.

A partir da segunda metade do século XX, novos temas entram na pauta, em função das próprias mudanças que vinham ocorrendo no mundo do trabalho. Surgem discursos e

dispositivos de qualidade total, círculos de controle de qualidade, trabalho em equipe, novos métodos de gestão, clima e cultura organizacional, poder e comprometimento, entre outros.

Essas mudanças decorrem do declínio do modelo taylorista/fordista de produção e emergência do toyotismo, com a automatização, informatização e as novas modalidades de organização do trabalho, caracterizadas pela flexibilidade nos contratos, na gestão e nos direitos sociais, entre outros.

Como esferas de atuação dessa psicologia organizacional, podem citar-se a administração de pessoal e gestão de pessoas (análise de pessoal, recrutamento e seleção, plano de cargos e salários, desligamento e planejamento de recursos humanos); a mudança organizacional (desenvolvimento organizacional, qualidade de vida no trabalho, programas de qualidade total); a qualificação e o desenvolvimento (treinamento, avaliação de desempenho, desenvolvimento de equipes e gerentes, entre outros); o comportamento organizacional (grupo e liderança, motivação, satisfação, cultura organizacional); as condições de trabalho (segurança e saúde no trabalho, ergonomia, estresse, assistência psicossocial) e as relações de trabalho (padrões de gestão, organização do trabalho e regulação de conflitos) (Zanelli e Bastos, 2004).

Nessa linha surgem as ações voltadas para a qualidade de vida no trabalho e do clima organizacional, entendido como a atmosfera psicológica e as características que existem em cada organização.

Buscando respostas que temas clássicos do comportamento organizacional não alcançaram, algumas dimensões lembradas por Chanlat (1996) apresentam discussões sobre inveja, palavra, alteridade, sofrimento, tempo, comunicação não-verbal, cultura, poder, vida simbólica e relação interculturais, entre outros.

Esses temas são abordados por perspectivas compreensivas, com contribuições da antropologia, linguística e psicanálise. Partindo de uma compreensão antropológica, o ser humano é visto nestes estudos como ser de palavra, tempo e pensamento, um ser construtor de sentidos. Essa postura compreensiva permite buscar o significado dado pelos seres humanos às próprias situações. Ou seja, há um resgate do ponto de vista do sujeito e, em função disso, a eficácia da organização não recebe a atenção exclusiva.

Por fim, essa psicologia (do ambiente) de trabalho pretende avaliar os comportamentos induzidos pelos processos de um espaço formal onde se exercem tarefas. Problematisa o que acontece dentro desses lugares de trabalho, ou organizações formais, e as modalidades de manejo e gestão do comportamento individual e grupal.

Encontram-se também estudos voltados para a relação saúde e trabalho, mapeamento de riscos sociais, representações sociais sobre acidentes de trabalho, o sofrimento psicossocial e ético-moral dos trabalhadores. A atenção das investigações recai sobre as experiências e vivências dos trabalhadores, por meio de métodos, tais como entrevistas, grupos focais, narrativas e histórias de vida, entre outros.

Essa vertente possui interfaces com a antropologia, a linguística e a sociologia do conhecimento com perspectivas construtivistas e compreensivas, com estudos clássicos sobre ideologia, cultura e representações sociais, entre outros. As experiências de Simone Weil, na década de 1950, e seus estudos sobre a opressão operária, bem como os escritos de Robert Linhart, na década de 1970, sobretudo “Greve na fábrica”, dão importantes contribuições para estudos de vivência de trabalhadores nas fábricas.

Assédio e violência no trabalho

Os assédios e a violência psicológica no trabalho compõem outra série de fenômenos e perspectivas relacionados com a saúde mental e o trabalho. O assédio moral no trabalho tem sido reconhecido internacionalmente como uma forma de violência na esfera laboral, mas ainda é pouco estudado do ponto de vista da saúde mental (Guimaraes, Rimoli, 2006; Freire, 2008; Heloani e Macedo, 2013).

O termo assédio está associado a outras terminologias, como o *mobbing*, *bylling* e psicoterrorismo, e faz menção a condutas abusivas, práticas organizacionais injustas, agressões e discriminações, ameaças, violências, inferiorização, ridicularização e calúnia que abalam a auto-estima do trabalhador, gerando sentimento de impotência e frustração (Freire, 2008).

Em linhas gerais, o assédio é compreendido como conduta abusiva, frequente e intencional ocorrida nos ambientes de trabalho com vistas a humilhar e desqualificar psicologicamente um indivíduo ou grupo de trabalhadores, pondo em risco sua integridade pessoal e profissional.

Esses atos de maus tratos envolvem práticas de isolamento de um dado sujeito, ataques à sua dignidade pessoal, atitudes que destroem suas condições de trabalho (negação de informações, metas impossíveis de se realizar e sujeição a trabalhos perigosos, entre outros), além de violência física, verbal ou sexual (Heloani e Barreto, 2010).

Pode ser considerada uma “síndrome psicossocial multidimensional” (Guimaraes e Rimoli, 2006) e, teoricamente, perpassa variadas abordagens desde o comportamento

predatório de animais e de tratamentos diferenciados a pessoas no ambiente escolar e militar, posteriormente sendo discutido no ambiente de trabalho (Heloani e Barbosa, 2013).

Historicamente, ainda em 1976, o psiquiatra americano Carrol Brodsky denunciava esse tipo de violência sobre trabalhadores, podendo ser considerado pioneiro, ao lado de outros importantes nomes, a exemplo de Heinz Leymann, Andrea Adams e Marie-France Hirigoyen que trouxeram contribuições cruciais durante década de 1980.

As pesquisas de Leymann, por exemplo, no âmbito da psicologia do trabalho na Suécia, buscavam sensibilizar trabalhadores, sindicalistas, administradores, médicos do trabalho e atores do mundo jurídico para a gravidade da situação e a importância de combater e prevenir esses processos¹².

Outro ponto importante no desenvolvimento dessa linha de estudos foi a publicação, na década de 1980, do livro de Hirigoyen, responsável por empregar pela primeira vez o termo assédio moral. Desde então, investigações, pesquisas, publicações e ações públicas proliferaram, demonstrando diversas situações que se caracterizam como processo de hostilidade e isolamento com o objetivo de prejudicar, gerando desconfortos na saúde física e mental do trabalhador e alterações no trabalho (demissões, mudança de função, etc).

Esses abusos podem ser individuais, interpessoais e organizacionais. Nesse último caso, se caracteriza pela busca do aumento de produtividade e exclusão de trabalhadores e de formas de gestão autoritárias e abusivas (Schatzmann, *et al*, 2009).

Um ponto central dessa linhagem de pesquisas é a constatação de que existe uma diferença entre a violência do cotidiano e a violência do contexto organizacional. Esta última caracterizada como insidiosa, contínua e direcionada a desestabilizar psiquicamente o outro.

As várias formas de violência envolvem ameaças, redução de tempo para alimentação, inibições e humilhações, coações para realizar serviços para a chefia fora do ambiente de trabalho e aos fins de semana, realização de treinamentos obrigatórios em dias de folga, ameaças de mudança de regime de trabalho e desvio compulsório de função e com fins punitivos, entre outros. E, além disso, o estímulo à discriminação entre sadios e adoecidos pelo trabalho e a demissão de acidentados ou adoecidos (CNRQ, s/d).

Embora o tema não trate da saúde mental em si, as práticas de assédio podem gerar dificuldades emocionais, cansaço, alterações no sono, pesadelos, sensação negativa do futuro,

¹² Em 1993 os termos *mobbing* e psicoterror, são levados por Leymann à sociedade, abrindo assim uma nova linha de pesquisas sobre o ambiente de trabalho e saúde psíquica.

tremores, palpitações, diminuição da libido, isolamento, tristeza, pensamento suicida e indiferença ao sofrimento alheio, entre outras manifestações (CNRQ, s/d).

Essa temática repercutiu tanto na sociedade que sua ressonância se percebe em vários âmbitos como a academia, o judiciário e o legislativo.

Diversos eventos no cenário brasileiro e mundial têm sido realizados, como seminários nacionais sobre saúde mental, trabalho e assédio moral e o I Seminário Latino Americano de Assédio Moral e Saúde Mental no Trabalho realizado em 2004. É importante destacar também o desenvolvimento da “Rede Latino-americana de Combate ao Assédio Moral” (Heloani e Barreto, 2010), que demonstra quanto a temática teve ressonância na sociedade e tem mobilizado diferentes atores e estratégias para o seu combate.

Além disso, já existem associações voltadas para problematizar essa questão, como a Associação de Apoio aos Trabalhadores Vítimas de Assédio Moral no Estado do Ceará – REAGIR, criado por trabalhadores e apoiados por um Cerest naquela região.

Apesar da difusão do tema na sociedade brasileira, as medidas voltadas para a prevenção ainda são escassas. Considerando o assédio como um fator de risco, uma recomendação encontrada na literatura é a avaliação de risco psicossocial (Glina e Soboll, 2012). Em geral, as intervenções organizam-se em torno de níveis primários, secundários e terciários e focalizam os indivíduos, os grupos ou a organização.

Em nível organizacional, recomenda-se o estabelecimento de políticas relativas ao assédio moral e a sua disseminação ao nível organizacional, tais como modificações nas situações que podem induzir o assédio, em especial carga de trabalho e clima competitivo, pressão em termos de tempo, liderança autocrática, horários de trabalho exaustivos, metas constantes e inflexíveis, controle e poder de decisão (Glina e Soboll, 2012).

Essas práticas de intervenção, a rigor, se dão em duas dimensões: a prevenção e o combate. A primeira diz respeito à criação de uma nova mentalidade no ambiente de trabalho e a segunda ao desenvolvimento de instrumentos punitivos no interior da instituição de trabalho. A intenção é criar um ambiente de trabalho mais saudável, quebrando o silêncio organizacional através do desenvolvimento de meios de expressão dos casos e punição de assediadores (Heloani e Barreto, 2010).

Exemplo dessa prática foi relatado por Camara, Maciel e Gonçalves (2012), especificamente no âmbito da “Comissão Setorial de Combate ao Assédio Moral no Trabalho”. Além da citada experiência, diversos programas nessa linha, no contexto internacional, voltam-se para a promoção da dignidade no trabalho, cuja atuação basicamente

enfoca o recebimento de denúncias e queixas, apuração e contato com o denunciado, análise e parecer, confecção de relatório e abertura de sindicância.

A criação de códigos de ética e estratégias para os trabalhadores expressarem o assédio sofrido, como a implantação de caixas postais nos ambientes de trabalho, é importante, mas não suficiente para o combate ao assédio. Faz-se necessário o desenvolvimento de dimensões de intervenção de enfoque coletivo social (criação de leis, inclusão social), enfoque coletivo organizacional (normatização interna à organização, sistema de denúncia anônima, verificação e punição, grupos de discussão) e o enfoque individual (equipe multidisciplinar para tratar o indivíduo assediado) (Heloani e Macedo, 2013).

Em geral, verifica-se a escassez de instrumentos e medidas que possam mensurar o fenômeno, mas existem alguns instrumentos utilizados como o *Cuestionario Individual sobre Psicoterror, Negación, Estigmatización y Rechazo en Organizaciones Sociales – CISNEROS*, que mede o estado e as consequências da violência, o *Negative Acts Questionary – NAQ* e o *Cuestionario de Hostigamiento Psicológico en el Trabajo – CHPT*.

Do ponto de vista instrumental, ainda na década de 1990, Leymann desenvolveu o LIPT - *Leymann Inventory of Psychological Terrorisation*, ferramenta que leva o nome do próprio autor e mede o limite da comunicação e do contato social, o desprestígio da pessoa ante os colegas e o descrédito das capacidades profissionais e laborais (Martins e Ferraz, 2011; Heloani e Barreto, 2010).

Essa abordagem traz elementos críticos à luz da saúde coletiva. Em primeiro lugar, verifica-se uma forte ênfase em situações localizadas nos espaços de trabalho. Evidencia-se o foco nos ambientes de trabalho. Afinal, o assédio se constitui em variadas formas de violência conduzidas dentro dos locais de trabalho.

Outro ponto crítico é o perigo de ler esses problemas do ponto de vista comportamental, pondo de um lado o assediador e de outro a vítima. Isso não é raro nos relatos na literatura científica. Ao mesmo tempo, verifica-se a existência de processos claramente voltados para a judicialização e individualização das manifestações de assédio. Corre-se o risco de transformar os trabalhadores em vítimas. Aliás, muitas práticas de intervenção focalizam o combate, considerando o assédio como uma questão ética além de ser “uma conduta criminosa, que deve ser exemplarmente punida para a segurança de todos” (Heloani e Barreto, 2010, p. 45). Em geral, o tema é tratado na mídia impressa prioritariamente do ponto de vista comportamental, seja do assediado ou do assediador, configurando um processo de individualização do assédio (Garbin, 2009).

Além disso, predomina o tratamento do tema no âmbito judicial, o que acaba escamoteando as formas organizações propulsoras de relações desrespeitosas. Da mesma forma, a temática é descolada do âmbito da saúde para uma questão contratual a ser enfrentada no âmbito jurídico (Garbin, 2009). Nessa linhagem de estudo e pesquisa é constante o uso do termo “vítima” para designar a pessoa que sofreu o assédio.

Nos estudos de assédio, entretanto, alguns avanços também se fazem notar. Esse ramo de pesquisas é uma base importante para promoção de transformações na organização do trabalho. O reconhecimento de mecanismos de gestão e organização do trabalho indutores de práticas assediadoras, em nível individual, grupal e organizacional, é um rico componente para gerar novas ações de controle dos processos de trabalho.

Cada vez mais a organização do trabalho tem sido identificada como o núcleo fundamental do assédio, “pois este não é um ato isolado e sim uma ferramenta, ou melhor, um método de governar as organizações” (Heloani e Barreto, 2010, p. 35). Situações organizacionais facilitam o surgimento do assédio, tais como a cultura e o clima permissivos, criando relações desrespeitosas, como punições para profissionais que não atingem as metas. É assim que a organização contemporânea do trabalho se torna um terreno fértil para as práticas violentas no ambiente de trabalho, daí a importância dos gestores se responsabilizarem por modificar a organização do trabalho tornando-a menos propensa a gerar violência.

Para o combate ao assédio, deve-se estar atento ao “deficiente clima organizacional; pressões e avaliações de resultados baseadas em volume de produção; sistemas de recompensa baseados em metas individuais; deficiente organização do trabalho; e disfunções na cultura organizacional” (Martiningo-Filho, Siqueira, 2008, p. 17). Além disso, a existência de regras internas e o reconhecimento do trabalho executado são cruciais para o surgimento do assédio do ambiente de trabalho. Assim, a presença de interlocutores e mecanismos para a vítima expressar seu sofrimento, a criação de ouvidorias e melhorias na comunicação, são também importantes mecanismos de combate.

Assim, um aspecto a ser ressaltado nessa linha de pesquisas é seu acento no assédio como uma prática que induz sofrimentos nos trabalhadores e a organização do trabalho como fonte geradora dos problemas.

O envolvimento de âmbito jurídico, já corrente no Brasil, embora limitado pode contribuir para que se desenvolvam normas que estabelecem limites para o modo de organizar a produção, incluindo as formas de tratar os trabalhadores.

Atualmente, assédios organizacionais na justiça do trabalho no Brasil se percebem nos abusos de gestão no telemarketing, nas pressões para o trabalhador pedir demissão e a empresa se desobrigar a pagar os 40% do fundo de garantia, na presença de humilhações e discriminações nas empresas de vendas e na fusão de empresas que não assumem o ônus e os trabalhadores da empresa anterior (Gosdal, *et al*, 2009). Ou seja, as atuações da justiça podem compor um conjunto de parâmetros para mudar as formas de organização do trabalho no Brasil, partindo desses casos concretos.

Outra importante questão é que já existem várias legislações coibindo o assédio moral. No contexto internacional, as pesquisas de Leymann, por exemplo, na Escandinávia, culminaram na criação da lei sueca ambiental que inclui aspectos voltados à proteção dos trabalhadores vítimas de violência física e psíquica (Heloani e Barreto, 2010).

No Brasil diversas legislações também já foram criadas. A pioneira no país foi a “Lei contra assédio moral de Iracemápolis – SP”, que “dispõe sobre a aplicação de penalidades à prática de assédio moral nas dependências da Administração Pública Municipal Direta por servidores públicos municipais” (Iracemápolis, 2000)¹³.

Nesse âmbito legal, alguma estratégia de intervenção tem sido também desenvolvida, como a Lei que veda empréstimos do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES a empresas que tenham prática de assédio moral – Lei Nº 11.948, de 16 de junho de 2009. No artigo quarto, expressa:

Fica vedada a concessão ou renovação de quaisquer empréstimos ou financiamentos pelo BNDES a empresas da iniciativa privada cujos dirigentes sejam condenados por assédio moral ou sexual, racismo, trabalho infantil, trabalho escravo ou crime contra o meio ambiente (Brasil, 2009b).

Outros projetos de lei têm sido pautados no governo brasileiro como o projeto nº 4.326, de 2004, que dispõe sobre o Dia Nacional de Luta contra o Assédio Moral.

Essas iniciativas demonstram o quanto esse tema pode mobilizar atores do judiciário, legislativo, executivo e das instâncias da sociedade civil organizada para combater os problemas de assédio moral.

¹³ “Parágrafo Único - Para fins do disposto nesta Lei, considera-se assédio moral todo tipo de ação, gesto ou palavra que atinja, pela repetição, a autoestima e a segurança de um indivíduo, fazendo-o duvidar de si e de sua competência, implicando em dano ao ambiente de trabalho, à evolução da carreira profissional ou à estabilidade do vínculo empregatício do funcionário, tais como: marcar tarefas com prazos impossíveis, passar alguém de uma área de responsabilidade para funções triviais; tomar crédito de ideias de outros; ignorar ou excluir um funcionário só se dirigindo a ele através de terceiros; sonegar informações de forma insistente; espalhar rumores maliciosos; criticar com persistência; subestimar esforços” (Iracemápolis, 2000).

Outro ponto importante a considerar é que o próprio movimento sindical foi o responsável pela difusão de discussões e reflexões sobre o assédio moral no Brasil, bem como, a ação, pesquisa e militância de Margarida Barreto, que fez o tema ascender ao campo jurídico (Heloani e Macedo, 2013).

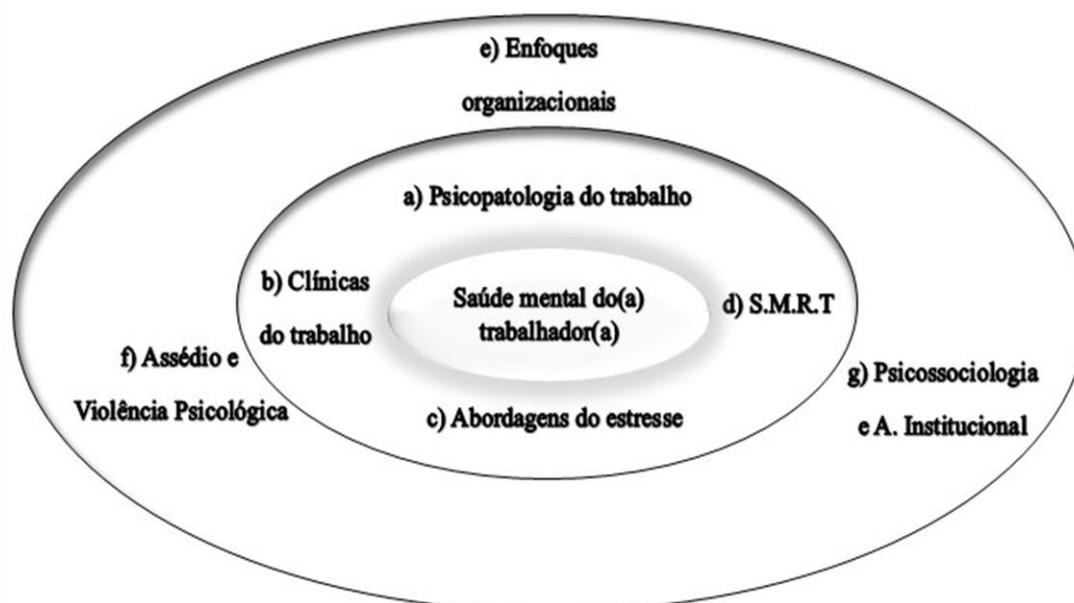
Diversas cartilhas foram desenvolvidas para a conscientização e mobilização da classe trabalhadora pelos sindicatos de profissionais da educação, do funcionalismo público, dos bancários, metroviários, petroleiros e químicos. A intenção é “tornar o fato visível, não se calar e não engolir a humilhação e violência” (CNRQ, s/d, p. 25). Afirma-se também a necessidade de garantir proteção contra as práticas de assédio moral nos acordos coletivos e nas leis, assim como romper com a visão individualista chamando os trabalhadores a uma luta coletiva contra o assédio. Essa mobilização e estratégias tem grande potencial para a descoberta e enfrentamento de outras situações e problemas de saúde mental com vistas à vigilância em saúde do trabalhador.

Níveis de contribuição das abordagens

Todas essas linhas teóricas são tradições reconhecidas no campo da saúde mental e trabalho. Outros modelos teóricos e disciplinas contribuem para as pesquisas do campo como a psicanálise, a neurologia, a neurotoxicologia e a filosofia existencialista, por exemplo. São modelos teóricos úteis para análise dos fenômenos de saúde mental e trabalho, mas têm seu foco principal em outros objetos, como inconsciente, funcionamento do cérebro e sofrimento, sem abordar frequentemente a sua relação com o trabalho. Entretanto, essa relação é referência central nas abordagens da clínica do trabalho, da psicopatologia, da SMRT e nas abordagens do estresse, etc.

Na figura 1, apresentamos de modo sintético essas abordagens, destacando as principais categorias de cada modelo.

Figura 1 – ABORDAGENS TEÓRICAS EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO



Categorias centrais:

- a) Transtornos mentais e do comportamento;
- b) Sofrimento/Prazer, Reconhecimento, potenciais de ação;
- c) Estresse, reações corporais, doenças;
- d) Desgaste mental – psicoafetivo, emocional e físico.
- e) Cultura, clima e processos organizacionais;
- f) Danos morais, psíquicos e doenças;
- g) Processos imaginários e simbólicos dos grupos;

Fonte: autor.

Em síntese, gostaríamos de destacar que cada uma dessas perspectivas teóricas, em maior e menor grau, contribui para avançar nas pesquisas e intervenções para além de uma abordagem biomédica voltada para compreender a saúde mental dos trabalhadores que se limita a diagnosticar transtornos e doenças.

Elas trazem avanços importantes em relação às compreensões voltadas exclusivamente para compreender os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. Paradoxalmente, muitas dessas abordagens, mesmo problematizando outros objetos além das psicopatologias e transtornos, acabam tendo um viés psicologizante.

Essa sistematização aqui realizada pretendeu oferecer um panorama dos principais modelos explicativos para os fenômenos da saúde mental dos trabalhadores. As categorias

mais presentes foram sofrimento, estresse, esgotamento, violência psicológica e assédio, comportamento, sujeito em sofrimento, atividade, dinâmicas inconscientes e psicopatologias.

Percebemos ênfases na esfera físico-orgânica (abordagens do estresse e do desgaste), nos atos manifestos e comportamentos (perspectivas organizacionais), nas esferas inconscientes dos grupos (psicossociologias), na dinâmica intersubjetiva (clínicas do trabalho).

Nesse sentido, ainda que não constituam um paradigma científico com normas, parâmetros, métodos e propostas de ação homogêneas, essas abordagens representam novos discursos que trazem luz a aspectos e contextos institucionais e suas vinculações psíquicas e sociais. Isso é crucial porque elas destacam elementos que dizem respeito aos sujeitos em relação ao trabalho, ressaltando dimensões afetivas e envolvimento subjetivo, os vínculos simbólicos entre os sujeitos e a organização, os aspectos da relação entre organização e comportamento humano, os sofrimentos e desgastes e as violências organizacionais.

Toda essa gama de temáticas introduzem discussões sobre o que ocorre nos sujeitos na execução de seu trabalho e contribuem para o avanço das ações de intervenção no trabalho voltadas exclusivamente para os aspectos técnicos, materiais e ambientais dos processos de trabalho.

A principal contribuição, a nosso ver, reside na ideia de relações. A saúde mental, seja analisada do ponto de vista psicossociológico, organizacional, clínico ou psicopatológico, passa a ser vista como esfera das múltiplas relações dos sujeitos e isso aponta para a necessidade de compreender melhor cada aspecto relacional dos sujeitos: com a estrutura organizacional, com os vínculos institucionais e grupais, com sua atividade e com os demais trabalhadores.

Um ponto crítico é que muitas dessas abordagens avançam nos seus programas de pesquisa e nas construções teóricas, porém suas práticas são de domínio de especialistas e consultores, sem vínculos mais sólidos com as diretrizes e ações de sistemas públicos de saúde e do campo da saúde do trabalhador no SUS.

E, nesse sentido, percebemos a ausência de vinculação sólida com o pensamento sanitário desenvolvido no contexto-latino americano sobre a interface saúde mental e trabalho, à exceção da reforma psiquiátrica e do escopo da atenção psicossocial, bem como da vertente da SMRT, cujas origens remontam à medicina-social latino americana. Em geral, as vertentes são importantes para o diálogo do campo da saúde pública no que tange à saúde mental, mas nascem em contextos distintos e sem a perspectiva de transformação das condições e organização do trabalho. Faltam abordagens sanitárias, sem dependência de

modelos teóricos estrangeiros e com claro compromisso social de mudar o drama das condições de vida, trabalho e saúde da população brasileira e de contribuir para o avanço institucional do SUS.

CAPÍTULO 4 - PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Após a exposição sobre perspectivas teóricas em saúde mental e trabalho, discutimos aqui práticas e recomendações correntes na atualidade a esse respeito, estabelecidas no interior das instituições públicas enquanto executoras de ação em saúde pública, previdência social, justiça, entidades privadas e agências e organismos internacionais.

As iniciativas e experiências nessa direção vêm se multiplicando e a análise de suas características permite compreender aspectos críticos, tanto sobre seus mecanismos internos – objetos, meios e propostas – quanto externos – econômicos e políticos. É nesse sentido que abordamos aqui esse conjunto de recomendações, normativas e relatos de ação.

Organizamos a discussão sobre essas práticas nos seguintes eixos: a) práticas terapêuticas e epidemiológicas sobre os sofrimentos, doenças, distúrbios e transtornos mentais e do comportamento; b) ações de prevenção (coleta e registro de informações) do estresse, violência e assédio; c) ações públicas e d) práticas de melhoria de ambientes de trabalho.

Elas são formuladas e executadas por um conjunto heterogêneo de atores (empresas e entidades privadas, órgãos públicos, organismos internacionais, entre outros) cujas intenções, meios e instrumentos variam substancialmente. Em consequência, têm níveis, naturezas e objetos distintos, e utilizam modelos e técnicas diferentes, sem necessariamente estarem filiadas a uma ou outra corrente teórica exposta no capítulo anterior.

Os objetos mais enfocados são o estresse, os riscos psicossociais, a violência e assédios e os adoecimentos psíquicos. E quanto aos métodos e técnicas, são ressaltados o gerenciamento de risco, as pesquisas-intervenções nos ambientes de trabalho, entrevistas com trabalhadores, análises de saúde - exames clínicos e biológicos - entre outros.

Abordagens clínicas e terapêuticas

Diversas práticas voltadas para o sofrimento dos trabalhadores giram em torno da clínica (psicológica, psicanalítica e psiquiátrica) e visam à formação de grupos para discussão sobre as situações de trabalho.

No atual momento histórico, existem práticas de atenção psicossocial relativas às ocorrências de angústias, traumas, neuroses profissionais e outras morbidades relacionadas ao trabalho, por exemplo, nos serviços de atendimento psicológico em corporações específicas como os militares, policiais e bombeiros.

Existem nesse âmbito intervenções muito pontuais, incidindo sobre situações críticas – psico-traumatologia – como meio de prevenir e tratar manifestações de sofrimento decorrentes de eventos traumatizantes ocorridos no trabalho. Essas práticas remontam a atividades históricas de psiquiatras no tratamento das neuroses de guerra, de traumas oriundas de desastres naturais e de ocorrências drásticas no ambiente de trabalho (Lhuilier, 2012).

A tônica do enfoque clínico é o tratamento e atenção ao indivíduo em suas peculiaridades. Consequentemente, existe o risco de individualizar os problemas e desvinculá-los das relações entre a subjetividade e os processos de trabalho. Essa tendência, inclusive, leva a ocultar os sofrimentos e as situações de adoecimento no trabalho, atribuindo-os a outras origens externas (Lhuilier, 2012).

Entre os setores do Estado brasileiro de interesse da saúde do trabalhador, certamente há muito que se avançar em termos de tratamento e atenção aos problemas em saúde mental e trabalho. Mas, alguns aspectos clínicos já são preconizados em dispositivos da própria legislação brasileira em saúde pública e na previdência social, nos quais predominam a classificação nosográfica dos fenômenos em saúde mental e seu tratamento (Brasil, 1999a, Brasil, 1999b).

A esfera legal na saúde e previdência social, por exemplo, apresenta a listagem de doenças originadas nos processos de trabalho visando ao uso clínico e epidemiológico, além da construção de políticas para o campo da saúde do trabalhador (Brasil, 1999a, Brasil 1999b).

A descrição da listagem das doenças mentais e transtornos do comportamento relativos ao trabalho e alguns de seus fatores de risco não significa necessariamente o reconhecimento nas práticas habituais de diagnóstico, tratamento e reabilitação. Apesar dos avanços conseguidos em diferentes segmentos da sociedade, o trabalho enquanto causa de adoecimentos, ainda carece de maior reconhecimento social. Como consequência, existem muitos desafios para garantir a atenção integral à saúde mental dos trabalhadores.

A ênfase das práticas clínicas, médicas, psiquiátricas e psicológicas é direcionada ao sujeito individual e à busca pela compreensão das motivações de seu comportamento e sintomas, em que o trabalho dificilmente é considerado como agente central.

Várias tradições dentro da psiquiatria apresentam a relevância do trabalho para a saúde mental e uma das mais importantes é a vertente da psicopatologia francesa de Louis Le Guilant, Paul Sivadon e Henry Ey, entre outros. Avançaram consideravelmente na compreensão da gênese social da doença mental, dando destaque para o papel do trabalho na produção do adoecimento (Lima, 2006). Dessa vertente, inclusive, emergem linhagens de

estudos muito valorizadas no Brasil como a Análise Institucional de Lourau e Lapassade e a esquizoanálise de Deleuze e Guattari, por exemplo. Infelizmente, elas têm sido apenas referenciadas como modos históricos de compreensão dos fenômenos de saúde mental e trabalho, sem que seus métodos e conteúdos tenham maiores vinculações com práticas profissionais terapêuticas e psiquiátricas.

Assim, muitos sofrimentos gerados nas esferas relacionais no âmbito do trabalho, acabam sendo lidos como problemas do interior do corpo ou fruto de processos neuroquímicos que conduzem à quantificação e à qualificação como sofrimento patogênico ou criativo, transtorno e pré-morbididade (Brant e Minayo-Gomez, 2011).

Diante disso, levantamos um problema institucional central para o campo das relações saúde-trabalho no que tange à vigilância. Os sofrimentos dos trabalhadores dificilmente são analisados como relacionados às vicissitudes dos processos de trabalho. Observa-se, com frequência, a descaracterização desses sofrimentos no contexto das práticas de atenção ao sofrimento, sobretudo na clínica psicológica, psiquiátrica e terapêutica.

As práticas clínicas e terapêuticas são dirigidas para os sujeitos em sofrimento e tendem a segmentar, excluir e psiquiatrizar os trabalhadores, individualizando o fenômeno, tratando o sujeito e deixando incólume a referência ao processo e organização do trabalho. As saídas apontadas para o sofrimento enfatizam a mudança do sujeito e não do trabalho. A ênfase está em tratar o indivíduo trabalhador, em um ambiente clínico-terapêutico, com o foco na sua constituição psíquica ou manifestação patológica, enquanto os aspectos ligados às condições e organização do trabalho acabam ficando em segundo plano. E a desarticulação da clínica com as ações de vigilância dificulta maiores investigações e intervenções coletivas que busquem mudar o trabalho para favorecer à saúde.

Quando o sofrimento é interpretado como manifestação, ainda que individual, de uma situação coletiva, outras ações se tornam possíveis, para além da clínica. E uma questão crucial para a vigilância estaria em investigar formas de intervenção possíveis para viabilizar a expressão dos sofrimentos de forma coletiva, fora de um ambiente clínico, na perspectiva da transformação das situações originadoras dos sofrimentos.

Algumas iniciativas têm emergido no cenário brasileiro, direcionadas à institucionalização de grupos de discussão de experiências e coletivização de vivências de adoecimentos relacionados ao trabalho, o que certamente, contribui para fazer avançar o reconhecimento social nesse âmbito. Elas se ancoram em aportes teóricos diferenciados, como aquelas de inspiração psicanalítica, acompanhando tendências originadas nas

experiências de dinâmicas de grupo de Kurt Lewin e na própria psicodinâmica do trabalho dejouriana.

Sobre esse último, destaca-se a clínica psicodinâmica do trabalho, que são iniciativas cujo objetivo é discutir a criação de espaços de escuta ao sofrimento de trabalhadores acometidos por adoecimentos, como transtornos mentais e Ler/Dort na intenção de possibilitar a elaboração simbólica das experiências vivenciadas (Karam, 2003, Merlo e Mendes, 2009; Martins e Mendes, 2012; e Silva e Mendes, 2012).

Esse método de pesquisa e ação tem sido descrito como um “espaço de escuta qualificada e discussão sobre o trabalho e a relação do sujeito com esse trabalho” (Silva e Mendes, 2012, p. 197) e visa recompor as trajetórias de sofrimento patogênico, a história do adoecimento e da violência vivenciada, em uma discussão coletiva sobre essa história.

Esta clínica permite a construção de um espaço coletivo de discussão, responsável pelo processo de elaboração e per-elaboração das situações de trabalho vivenciadas, contribuindo, assim, para criar modos de resistência dos trabalhadores à dominação estabelecida nos processos de gestão da organização do trabalho, constituindo-se num modo de manter e garantir a saúde mental no trabalho (Martins e Mendes, 2012, p. 173).

Essas estratégias são importantes meios de valorização do direito dos trabalhadores à palavra, à assistência e à acolhida e reelaboração de seu sofrimento, ainda que sejam limitadas para modificar as estruturas, contextos e aspectos da organização de trabalho.

Outras iniciativas voltam-se mais à intervenção nas situações de trabalho, sob a inspiração das correntes clínicas do trabalho, em especial a Ergologia. Trata-se do Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) e o Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas.

O PFST é uma estratégia para compreender–transformar as relações e organizações de trabalho baseada na confrontação de conhecimentos científicos e a experiência dos trabalhadores, que, inclusive, tem sido um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (Barros, Mori, Bastos, 2007).

O Programa de Formação em Saúde, Gênero e Trabalho nas Escolas se propõe, entre outras ações, a criar um espaço de interlocução e cooperação entre saberes científicos e práticos, pois nesse debate coletivo pode ampliar-se a capacidade dos coletivos em compreender-transformar as situações de trabalho (Silva, *et al.*, 2009).

Essas iniciativas visam conhecer/transformar as situações de trabalho e fazem parte de movimentos importantes de enfrentamento das situações relativas à saúde, subjetividade e trabalho, sobretudo em espaços formais das instituições e organizações de trabalho.

Práticas de prevenção

Outro conjunto de práticas vai além da visão clínica e da formação de grupos de discussão sobre experiências e contextos de trabalho. Busca estabelecer diretrizes para prevenção e controle de riscos, e coleta/registro de informações sobre adoecimentos mentais nos espaços de trabalho.

É oportuno ressaltar o quanto a saúde mental vem sendo destacada por agências internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e algumas agências de saúde e segurança como a Occupational Safety and Health Administration (Osha), *National Institute for Occupational Safety and health* (Niosh), o parlamento Europeu e outros institutos nacionais.

São inúmeros os manuais, informes, cartilhas e relatos de pesquisas, guias de ação, recomendações e acordos políticos voltados para o tema. A análise desse material revela que os principais objetos de discussão são o estresse relacionado ao trabalho, a violência psicológica e os assédios, os fatores de risco psicossocial no trabalho e as doenças mentais.

Em torno desses fenômenos incidem variadas práticas de prevenção que visam melhorar os ambientes de trabalho, fornecer elementos para gerenciamento de risco psicossocial e vigilância, no sentido restrito de métodos de coleta de dados sobre adoecimentos no trabalho, não necessariamente ligados ao setor saúde.

O estresse¹⁴ é, sem dúvidas, o principal alvo das preocupações, pois se trata de um fenômeno que tem causado vários danos à saúde, podendo levar inclusive ao desenvolvimento da depressão, nervosismos, de fadigas e problemas cardíacos (Comisión Europea, 1999).

De fato, a saúde mental tem mobilizado atores sociais e políticos no cenário internacional para estabelecer medidas de controle, por ter sido reconhecido como grave problema no âmbito político e institucional.

A União Europeia, por exemplo, tem clareza quanto à quantidade exorbitante de suicídios e depressão relacionada ao trabalho. Ainda que existam esforços para o reconhecimento, identificação e controle de fatores psicossociais no trabalho, desde a década de 1970, preconizados pela OIT e OMS (Ilo, 1984), foi recentemente que a União Europeia reconheceu o problema como uma prioridade em saúde e segurança do trabalho (Malgorzata e Xabier, 2012).

¹⁴ Conceitualmente, o estresse remete a um conjunto de reações emocionais, fisiológicas, comportamentais e cognitivas a certos aspectos adversos ligados ao conteúdo, organização e contexto do trabalho. Caracteriza-se por altos índices de angústia e excitação, com a sensação de não poder fazer nada frente às situações. Pode gerar várias doenças corporais, mentais e, inclusive, levar à morte (Comission Europea, 1999).

Daí, várias iniciativas¹⁵ também são tomadas para promover melhores ambientes e condições de trabalho. Emergem, nessa direção, normativas e acordos políticos como “O pacto europeu de saúde mental e bem-estar” (EU, 2008), a “Declaração de Edimburgo sobre a promoção da saúde mental e bem estar no local de trabalho” (Declaração de Edimburgo, 2010) e o “acordo do estresse” (Social Dialogue, 2004). A intenção desses acordos é aumentar a consciência de empregadores, trabalhadores e seus representantes sobre o estresse e demais problemas de saúde mental relacionado ao trabalho e chamar a atenção para os sinais que indicam sua presença, para contê-los.

A finalidade é prover empregadores e trabalhadores de elementos para identificar, prever e gerenciar o estresse sem culpabilizar os indivíduos (Social Dialogue, 2004).

Em linhas gerais, essas ações são embasadas na noção de saúde da declaração da OMS, em que a saúde é vista não como ausência de doença, mas um estado positivo de bem-estar físico, mental e social. Parte-se do princípio que saúde seria um estado em que os indivíduos conseguem lidar com o estresse da vida, podem trabalhar produtivamente e contribuir com sua comunidade¹⁶. Além disso, existe uma forte ênfase na Salutogênese¹⁷ e na História Natural da Doença, pois, de um lado, valorizam-se os aspectos potencialmente capazes de gerar saúde e, de outro, de preconizam-se intervenções em saúde mental em três níveis distintos: primário, secundário e terciário¹⁸ (Flintrop, 2011). E, por isso, muitos programas de prevenção à saúde mental não focalizam apenas efeitos negativos do trabalho sobre os trabalhadores, mas buscam identificar aspectos sociais, econômicos e organizacionais que favoreçam à saúde.

¹⁵ Vários documentos políticos-institucionais emergem nessa direção, incluindo três específicos sobre a saúde mental e aspectos relacionados: “*Framework Agreement on Work-related Stress*”, “*Framework Agreement on Harassment and Violence at Work*” e “*The Mental Health Pact*” (Flintrop, 2011) e a própria OMS lançou uma série de documentos em saúde ocupacional intitulado “Protegendo a Saúde dos Trabalhadores”, como resultado de uma conferência realizada em junho de 1999 na Finlândia. Os números três e quatro referem-se respectivamente ao estresse no trabalho e violência psicológica no trabalho (Leka, Griffiths, Cox 2003). Institutos como o *Institut National de la recherche et de securite*, da França, lançou naquele país, um documento indicando etapas para prevenção do estresse e várias outras tentativas e aproximações visando à intervenção em saúde mental demonstram a decisão política de enfrentar os problemas.

¹⁶ Isso inclusive, corresponde à noção da dinâmica do sofrimento na vida, que pode ser considerado um bem do sujeito, na medida em que os humanos criam, inventam e insistem em lutar contra aquilo que lhe é contrário (Brant e Minayo, 2011),

¹⁷ A Salutogênese é um termo criado por Aaron Antonovsky para investigar os fatores que levam as pessoas a manter e promover a saúde e o bem-estar.

¹⁸ O modelo da história natural da doença é bem presente de modo que identificamos intervenções sobre os problemas de saúde mental que seguem a lógica da atenção primária, secundária e terciária. No primeiro nível o foco está nos elementos causadores do estresse na gestão e organização do trabalho. No segundo, as estratégias buscam desenvolver habilidades nos trabalhadores para lidarem com o estresse e, no terceiro nível, as ações visam reduzir impactos por meio de sistemas de reabilitação e retorno ao trabalho.

Vale destacar duas diretrizes marcantes nesse conjunto de práticas e recomendações: a necessidade e importância de integrar a saúde mental nas práticas correntes de saúde e segurança do trabalho e o reconhecimento de que não existe um modelo universal para tratar dessa problemática.

Recomendam-se, nesse âmbito, avaliações integradas em saúde mental, realizadas de modo similar aos outros problemas de saúde e segurança, envolvendo os mesmos princípios e processos básicos aplicáveis a outros riscos presentes no local de trabalho (Malgorzata e Xabier, 2012; Leka, Griffiths, Cox 2003; Osha, 2002). Ou seja, preconiza-se uma abordagem holística em que a saúde mental seja integrada às ações sobre agentes físicos, químicos, ergonômicos e elementos sociais (Flintrop, 2011). A ideia, portanto, é promover a integração do tema nas campanhas de promoção da saúde e nas ações, procedimentos e normas de saúde e segurança do trabalho, e não criar ações específicas e isoladas (Declaração de Edimburgo, 2010).

Nesse sentido, o Parlamento Europeu reivindica que as empresas e organismos públicos publiquem relatórios anuais sobre suas políticas e ações em saúde mental do trabalhador, juntamente com informes sobre saúde física e segurança do trabalho. Recomendam também a implementação de políticas em favor de um ambiente de trabalho anti-*bullying* para trabalhadores com transtornos mentais e a implantação de ações de suporte confidencial e não estigmatizante (European Parliament, 2009)¹⁹.

E quais elementos favoreceriam a integração da questão mental nas ações de saúde e segurança?

Uma série de fatores é destacada para as intervenções em prol da prevenção dos agravos à saúde mental dos trabalhadores, mas, em geral, predominam aspectos relativos à organização do trabalho.

Esse é um fator de destaque, porque nessas recomendações de intervenção a organização do trabalho é considerada uma prioridade para os sistemas de saúde e segurança²⁰. Considera-se prioritária a observação sobre as mudanças na organização do

¹⁹ Importante observar que o Parlamento Europeu recomenda que Estados Membros investiguem as condições de trabalho que podem fazer crescer a incidência de doença mentais, especialmente em mulheres. Convoca os empregadores para promoverem um clima de trabalho saudável, atentando ao estresse relacionado ao trabalho, averiguando causas das desordens mentais no trabalho (European Parliament, 2009).

²⁰ Desde o início de seu trabalho, a NIOSH tem se comprometido em entender e prevenir perigos que vêm da organização do trabalho. Desde a década de 1970 vem fazendo pesquisas sobre os efeitos dos fatores da organização do trabalho, colaborando com a APA (American Psychological Association), tem promovido conferências e mantido um periódico: *Journal of Occupational Health Psychology*. A partir da década de 1996 são intensificados seus esforços nessa direção, reconhecendo que essa é uma das áreas prioritárias (Niosh, 2002).

trabalho, implementação de pesquisas sobre os efeitos das mudanças nas organizações de trabalho na saúde e segurança, formalização da organização do trabalho como um campo crucial de análise (Niosh, 2002). Isso, porque essas mudanças transformam os padrões de exposição dos trabalhadores. O trabalho multifuncional, por exemplo, gera exposições múltiplas.

Recomenda-se a criação de um sistema de coleta de dados para examinar as tendências das práticas organizacionais, partindo prioritariamente de informações sobre a exposição dos trabalhadores a fatores das organizações de trabalho. Essas investigações compreendem também a mudança no perfil de empregabilidade – aumento de mulheres no mercado, minorias étnicas e envelhecimento dos trabalhadores. Tudo isso para levar as empresas a implementar mudanças organizacionais que protejam a saúde dos trabalhadores (Niosh, 2002).

Mais especificamente, quando se menciona a organização do trabalho, para além desses fatores mais gerais, são apresentados aspectos específicos como: cultura organizacional, controle do trabalhador sobre sua tarefa, tempo inadequado para completar o trabalho de modo satisfatório, relações interpessoais, mudanças e formas de comunicação na organização e apoio social. Ainda são mencionados a clareza quanto ao trabalho e o papel de cada profissional, a formação dos trabalhadores e os fatores individuais, a falta de reconhecimento, as recompensas e as oportunidades para expor queixas, responsabilidades múltiplas e pouca autonomia e capacidade de tomar decisões, falta de cooperação por parte de superiores, colegas e subordinados, ausência satisfação do trabalhador pelo produto terminado do seu trabalho, pouca possibilidade de desenvolver talentos e capacidades pessoais. Há também aspectos voltados para a insegurança no emprego e pouca estabilidade, para os preconceitos de idade, sexo, cor, origem étnica e religião e para violência e ameaças. Enfatiza-se, ainda, a importância de avaliar as condições de trabalho degradantes e perigosas, a iniquidade nos salários e a sobrecarga de atividades (Ilo, 1984; Comision Europea, 1999, Osha, 2002).

Segundo alguns autores, esses elementos podem ser agrupados em nove dimensões principais: o conteúdo do trabalho (monotonia, repetitividade, tarefas sem sentido), carga e ritmo do trabalho; jornada e tempo de trabalho; participação e controle; desenvolvimento de carreira, *status* e salários; papel na organização; relacionamentos interpessoais (violências, supervisão, isolamento); cultura organizacional (deficiente comunicação, falta de clareza sobre objetivos e estrutura da organização e conflito casa-trabalho (ausência de suporte para

os problemas privados no trabalho e vice-versa) (Leka, Griffiths, Cox, 2003; Malgorzata e Xabier, 2012).

Embora ressaltem a organização do trabalho, fatores como condições de trabalho e vínculos empregatícios são elencados como alvos da intervenção. Nessa direção, o “Acordo do Estresse”, assinado em 2004 pela confederação de sindicatos europeus e diversas entidades de empregadores e indústrias, por sua vez, recomenda a análise em torno da *organização e processo de trabalho* (jornada e horário de trabalho, falta de autonomia, equivalência entre habilidades dos trabalhadores e exigências do trabalho, carga de trabalho); das *condições e ambiente de trabalho* (exposição a comportamentos abusivos, ruído, calor, substâncias perigosas etc.); da *comunicação* (incerteza sobre o que é esperado do trabalho, perspectivas do emprego, mudanças próximas) e dos *fatores subjetivos* (pressões emocionais e sociais, sentimento pela incapacidade em lidar com as situações, percepção de a falta de apoio). (Social Dialogue, 2004).

Muitos desses fatores são definidos como riscos e fatores psicossociais, sendo compreendidos como algo que ocorre na interação entre o conteúdo, organização, gestão e condições ambientais, por um lado, e as competências e necessidades dos trabalhadores, por outro.

Fatores psicossociais no trabalho se refere a interações entre o ambiente de trabalho, o conteúdo do trabalho, condições organizacionais e as capacidades, necessidades, cultura e questões pessoais que, por meio de percepções e experiências, influenciam a saúde, o rendimento e a satisfação no trabalho (Ilo, 1984, p. 3).

Os fatores psicossociais não estão limitados aos locais de trabalho, pois elementos externos como o ambiente econômico, legal e dimensões tecnológicas são considerados influenciadores das práticas organizacionais. E, assim, aspectos organizacionais, sociais e econômicos, que remetam às condições de trabalho e vida, habitação e, até mesmo, as situações de pobreza e precárias condições de moradia de trabalhadores compõem a gama de situações psicossociais que os trabalhadores vivenciam.

Dessa forma, algumas recomendações concebem a organização do trabalho como um todo que abrange o processo de trabalho - formas como os trabalhos são desenvolvidos e realizados - e as práticas organizacionais - métodos de gestão e produção, acompanhamento de políticas de recursos humanos - e os elementos exteriores ao próprio local de trabalho (Niosh, 2002).

Além de focalizar esses elementos para trazer mudanças, essas práticas elegem um conjunto de sinais e sintomas que indicariam a presença de problemas em saúde mental. Índícios de problemas em saúde mental, no nível da instituição, seriam a *participação* dos trabalhadores (absenteísmo, rotatividade de pessoal, desrespeito ao horário, problemas disciplinares, assédios, comunicação agressiva e isolamento), o *desempenho* (diminuição da produtividade, qualidade do serviço ou produto, acidentes, erros e dificuldades na tomada de decisão); os *custos* (despesas maiores com compensações ou despesas de saúde mais elevadas, uso dos serviços de saúde) e existência de conflitos interpessoais (Osha, 2002; Social Dialogue, 2004).

A ideia é que existe uma associação entre ambientes de trabalho psicologicamente pobres, absenteísmo e redução da produtividade e, portanto, uma das maneiras de reconhecer a existência de problemas em saúde mental é a queda na produtividade (Malgorzata e Xabier, 2012).

Ao nível individual, podem ser observadas dimensões *cognitivo-comportamentais* (dificuldade de concentração, memorização, consumo excessivo de álcool, tabaco ou drogas, violência, assédio moral, problemas de concentração, erros, dificuldade de tomar iniciativa), *psicológicas* (ansiedade, depressão, impossibilidade de concentração, irritabilidade, tensão constante, problemas no relacionamento familiar, esgotamento, crises de choro, angústia, tristeza), *físicas* (dores lombares, problemas de sono e apetite, cardíacos, úlceras, hipertensão arterial, sistema imunológico em crise, doenças cardiovasculares e problemas musculoesqueléticos) (Ilo, 1984; Osha, 2002; Social Dialogue, 2004; Insr, 2009).

Quanto aos meios de intervir, ressaltam-se programas de prevenção do estresse, a avaliação e gerenciamento de risco e o monitoramento dos transtornos e agravos à saúde mental.

Algumas práticas concentram-se nas alternativas para diminuir o estresse e visam munir os trabalhadores com ferramentas capazes de auxiliá-los a lidar com as situações estressantes no trabalho. Ou seja, trata-se de oferta coletiva de princípios orientadores para encontrar saídas individuais em face dos problemas de saúde mental.

Nessa linha percebemos o *cooping* (estratégias de adaptação a circunstâncias adversas), as técnicas de gerenciamento do estresse, como o aconselhamento, a ginástica laboral, e atividades recreativas e artísticas, geralmente seguindo uma inspiração teórica cognitivo-comportamental. Poucas dessas intervenções são orientadas para estabelecer mudanças nos principais estressores da organização do trabalho.

Diversos programas organizacionais objetivam reduzir a avaliação cognitiva de estressores e seus efeitos subsequentes. São intervenções prescritivas, orientadas para a pessoa e que utilizam técnicas de relaxamento muscular, meditação e treinamento em habilidades cognitivo-comportamentais. As técnicas orientadas para o indivíduo visam, sobretudo, modificar a avaliação do fator ou situação gerador de estresse ou ensinar a lidar com os seus sintomas.

Os programas de cunho organizacional e gerencial são mais raros. Existem tendências a explicar e atribuir sucessos e fracassos organizacionais às características individuais das pessoas envolvidas e inclinações a culpar fatores de personalidade e estilo de vida dos empregados por suas ausências do trabalho ou pelas queixas de saúde. Além do mais, as tradições da psicologia e da medicina do trabalho privilegiam um enfoque individual (Kompier e Kristensen, 2003).

Outras ações focalizam a avaliação de risco, basicamente em cinco etapas: identificação dos riscos e grupos expostos; avaliação das práticas de controle em uso, registro das conclusões e verificação contínua do impacto das medidas tomadas (Osha, 2002).

O gerenciamento de riscos psicossociais no ambiente de trabalho abrange envolvimento de gestores e trabalhadores na comunicação em saúde e segurança e na análise do absenteísmo, medidas de satisfação no trabalho²¹, bem-estar subjetivo, indicadores psicofisiológicos e avaliações de sintomas psicológicos e psicossomáticos, identificados por escores e questionários (Malgorzata e Xabier, 2012; Ilo, 1984).

Muitas experiências de empresas envolvem ainda práticas de escuta às narrativas dos próprios trabalhadores sobre algum evento importante para sua saúde para estabelecer mudanças conforme os riscos identificados²². Outras buscam criar espaços para os próprios trabalhadores proporem mudanças através de inquéritos para descobrir suas preocupações e percepções sobre medidas tomadas (Osha, 2012).

Existem programas de apoio a comportamentos saudáveis fora do trabalho e estratégias de apoio para lidar com eventos críticos da vida, como preparação para a paternidade ou maternidade, morte de um parente e divórcio, além do apoio financeiro através

²¹ Vale lembrar que muitas pesquisas, estudos e métodos de satisfação no trabalho existem desde a década de 1930 e são bem presentes nas literaturas do âmbito organizacional.

²² Em uma experiência, considerada bem sucedida pela OSHA, os trabalhadores eram convidados para “um dia de inspiração” e podiam narrar a situação de saúde. A partir das suas narrativas foram estabelecidas recomendações a serem adotadas nas políticas empresariais (Osha, 2012). Outras ações, mais pontuais, também são preconizadas como a realização de eventos para debater temas de saúde após a exibição de filmes e entrevistas individuais no afã de despertar o autoconhecimento para o desenvolvimento pessoal.

da criação de contas bancárias, como os fundos de auxílios aos trabalhadores para serem utilizadas em momentos de crise financeira (Osha, 2012).

Para prevenir os distúrbios de saúde mental as ações voltam-se para a identificação de fatores de risco, utilização de medidas organizacionais para reduzir os riscos identificados e desenvolvimento de uma cultura organizacional voltada para a saúde e bem-estar dos trabalhadores, incluindo a adoção de horário de trabalho flexível, aconselhamento e suporte psicológico grátis (Flintrop, 2011).

Muitas companhias investem também na adaptação do trabalho ao perfil dos trabalhadores, invertendo a lógica de adaptação do trabalhador ao trabalho e outras recomendações direcionadas para aumentar os canais de expressão dos trabalhadores e possibilitar maior controle sobre seu trabalho (Comisión Europea, 1999).

O pacto europeu de saúde mental menciona ainda as melhorias na organização do trabalho, na cultura organizacional e na gestão, incluindo a reconciliação entre trabalho e vida familiar (UE, 2008).

Vale ressaltar que, em nível nacional, recomendam-se estudos para possíveis melhorias na organização do trabalho, como melhor disposição de horários de trabalho, implementação de medidas que favoreçam a participação e controle por parte dos trabalhadores, desenho de tarefas que tenham sentido e ofereçam satisfação aos trabalhadores, definição de papéis e responsabilidades no trabalho, aplicação de mecanismos de apoio social aos trabalhadores, oferta segurança e estabilidade no emprego, estímulo a uma cultura organizacional de equidade e justiça e mudanças no estigma e discriminação no ambiente de trabalho (Comission Europea, 1999; Declaração de Edimburgo, 2010).

Algumas práticas focalizam as doenças e transtornos mentais propriamente, como a depressão, a esquizofrenia, o transtorno bipolar, o uso abusivo de álcool e drogas, outros distúrbios obsessivo-compulsivos, somados à ansiedade e ao estresse, em detrimento dos fatores e elementos condicionantes para preveni-las (Who, 2000). Contemplam fundamentalmente os indivíduos e o trabalho é visto apenas como uma esfera de ação, um local, onde convivem indivíduos adoecidos. Ou seja, não se considera a influência do trabalho na produção dos problemas em saúde mental e, por isso, o trabalho seria apenas um espaço que agrupa pessoas já portadoras de transtornos. Sob essa ótica, realça-se a luta contra o estigma nos locais de trabalho, a reabilitação psicossocial para portadores de transtorno mental e a implantação e melhoria dos serviços de saúde mental no espaço de trabalho para a

prevenção de distúrbios, assim como a vigilância de distúrbios psicológicos e seus fatores de risco²³ (Who, 2000, Niosh, 1988).

Quanto à esse último aspecto – vigilância dos distúrbios – a compreensão que se tem é de criação e aprimoramento na coleta, registro e disseminação de informações sobre os problemas psicológicos, em todos os âmbitos e instituições, em nível nacional, estadual e nos locais de trabalho (Niosh, 1988).

Uma ação importante para isso foi a inserção das doenças mentais e transtornos do comportamento na lista de doenças ocupacionais, que embora seja uma temática discutida em publicações de organismos internacionais desde a década de 1980, apenas em 2010 foram incluídas nessas listagens (Ilo, 2010; Malgorzata e Xabier, 2012).

Além das informações sobre doenças e transtornos, preconiza-se o monitoramento dos fatores de risco psicossocial, e, para isso, a União Europeia conta atualmente com um modelo de avaliação do risco psicossocial (*Psychosocial Risk Management European Framework - PRIMA-EF*²⁴) que se baseia na tríade perigo-risco-dano, partindo do pressuposto que o risco é a associação entre perigo e dano, ou seja, a probabilidade de que certo perigo possa causar danos (Malgorzata e Xabier, 2012).

A expressão risco psicossocial tem permitido pensar as situações para além do espaço físico de trabalho, considerando que não é apenas um elemento a mais no ambiente, a exemplo de outros riscos, mas um conjunto de elementos de natureza relacional e organizacional que abrange as relações entre patrões e empregados, entre os trabalhadores e a violência e o assédio.

Existe uma preocupação, inclusive, com o desenvolvimento de sistemas nacionais de monitoramento de risco psicossocial, como uma prioridade de pesquisa em gerenciamento de risco, para além da implantação das ações de monitoramento dos riscos nos locais de trabalho.

Nessa linha, chega-se a mencionar a importância do desenvolvimento de um sistema internacional que considere os seguintes pontos emergentes a serem monitorados: trabalho

²³ O *National Institute for Occupational Safety and Health* por exemplo, lançou um documento, em 1988, voltado para a prevenção de distúrbios psicológicos relacionados ao trabalho, após uma conferência realizada em 1985 em parceria com *The Association of Schools of Public Health* (Niosh, 1988). A categoria utilizada e sobre a qual se deve intervir é a noção de distúrbios sociais compreendida como um amplo leque de problemas oriundos de condições sociais, comportamentais e biomédicas de diversas e não conhecidas etiologias que podem levar à ansiedade, depressão, insatisfação, transtorno de adaptação e padrões/estilos de vida, dependência química e álcool (Niosh, 1988).

²⁴ Na própria homepage sobre o gerenciamento de riscos psicossociais podem ser encontradas referências e guias de ação. A plataforma PRIMA encontra-se disponível em diversos websites de agências internacionais, incluindo a OMS. A OMS publicou também um panfleto sobre as melhores práticas de intervenção baseadas nesse modelo (Prima) disponível em: http://apps.who.int/occupational_health/publications/fact_09.pdf.

emocional e demandas emocionais, *bullying*, assédio e violência no local de trabalho, injustiças organizacionais, exposição aguda a estressores, ocorrência de mudanças organizacionais e seus impactos (Malgorzata e Xabier, 2012).

Um sistema internacional integrado de vigilância desenvolveria instrumentos para auferir as condições internacionais de trabalho nessa direção, já que uma das principais dificuldades enfrentadas é a falta de suporte técnico e orientação, de recursos e de sensibilidade sobre a saúde mental, aliadas à falta de expertise e de conscientização (Malgorzata e Xabier, 2012).

Em síntese, as ações para prevenir a saúde mental envolvem tanto aspectos específicos da organização do trabalho quanto o processo, ambiente e condições de trabalho. E as estratégias²⁵ nos espaços de trabalho buscam melhorar as práticas e estruturas em termos de seleção, treinamento e desenvolvimento dos trabalhadores, comunicação e melhor socialização e o monitoramento do absenteísmo, *turn-over*, produtividade, acidentes e erros. Entra aí também o replanejamento e o redesenho do trabalho que permitam a mudança nas demandas e redistribuição das cargas de trabalho, melhor utilização de habilidades, conhecimentos dos trabalhadores, maior controle sobre seu trabalho - horários flexíveis e maior diálogo e compartilhamento das questões do trabalho - além de ações baseadas na ergonomia para melhorar o ambiente, controlar riscos e efetuar mudanças, como incluir mais pausas para descanso e melhorar a participação dos trabalhadores (Ilo, 1984; Leka, Griffiths, Cox, 2003).

Ações Públicas

No Brasil, a saúde mental relacionada ao trabalho tem recebido também atenção das esferas de “reparação de danos” (Vasconcellos, 2011) no INSS e na justiça do trabalho. E a emergência dos estudos de assédio moral contribuiu substancialmente para isso, na medida em que, nos últimos anos, surgem denúncias e vêm sendo instaurados processos no setor judiciário (Fonseca, 2011).

²⁵ Por exemplo, a França, através do INRS (2009), desenvolveu um programa de ação composto por cinco etapas: a) pré-diagnóstico (nesse momento é importante observar aspectos do tempo de trabalho (absenteísmo, horários atípicos), movimento de pessoal (postos não preenchidos, *turn-over*), atividade da empresa (baixas na produção); b) a criação de um grupo de projeto para assegurar, acompanhar a intervenção e informar aos trabalhadores; c) diagnóstico aprofundado com técnicas e métodos voltados para a observação da atividade (ergonomia), entrevistas individuais e coletivas, questionários, medidas de saúde (pressão arterial, consumo de medicamentos); d) a devolução dos resultados e, em último lugar, o monitoramento dos indicadores, contrastando-os com os indicadores do pré-diagnóstico (Insr, 2009).

Apesar das jurisprudências existentes do país, falta uma normativa específica voltada para a salvaguarda da saúde mental dos trabalhadores nesse âmbito. Como afirma Fonseca (2011, p. 149), “seria, portanto, de todo convincente a elaboração de norma regulamentar à semelhança do que ocorre com a prevenção da saúde física há décadas no país”.

Um fator de destaque é que, nas sentenças da justiça, os métodos de gestão passam a ser apontados como degradantes e, uma vez denunciados, podem justificar a intervenção sobretudo em casos de assédio moral coletivo ou organizacional. Várias práticas abusivas de gestão vêm cada vez mais sendo combatidas pelo Ministério Público do Trabalho (MPT), por meio de ações civis públicas.

Essas ações têm sido impetradas em variados ramos de produção e diversas empresas têm respondido a inquéritos do MPT e algumas já foram condenadas por danos morais coletivos, devido à quantidade de trabalhadores empregados com problemas psicológicos e de assédio moral (IG, 2013).

Dada à emergência e aumento de processos, o MPT tem desenvolvido encontros e seminários no país a fim de discutir a saúde mental dos trabalhadores, contribuindo para a difusão de experiências, saberes e práticas nesta área e visando municiar promotores, advogados e demais profissionais para lidar com esses problemas (Ferreira, 2013).

Além das ações do MPT, a Previdência Social, tem desenvolvido instrumentos capazes de dar maior visibilidade aos problemas de saúde mental. Isso se aplica à adoção do nexo técnico epidemiológico de causalidade, conforme a Lei 11.430/2006, que estabelece a perícia médica para concessão de benefícios aos trabalhadores cujos agravos forem causados pelo trabalho, após efetivação do nexo causal. Regulamentam-se também as práticas reparadoras e compensatórias para os danos sofridos no ambiente de trabalho (Brasil, 2006). Sua vantagem está em estabelecer o nexo com base em critério epidemiológico. Caso o risco de adoecer seja maior no ramo econômico em que o trabalhador está inserido e também porque se “inverte o ônus da prova”, na medida em que é reponsabilidade do empregador provar que os trabalhadores acometidos por agravos à saúde com alta prevalência no seu ramo econômico não adoeceram por causa do trabalho, “diferentemente da lógica anterior, em que o trabalhador é quem tinha que provar que seu problema estava relacionado ao trabalho que realizava” (Paparelli, Sato e Oliveira, 2011, p. 125).

A resolução INSS nº 128 de 16/12/2010, por exemplo, aprova as Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Transtornos Mentais. A questão é que esse documento enfatiza os transtornos e síndromes psiquiátricas, não necessariamente relacionando-os ao trabalho,

como esquizofrenia, transtornos de humor, transtornos neuróticos, problemas relacionados ao ambiente social (INSS, 2010).

Tais normativas contribuem para o reconhecimento dos problemas em saúde mental e trabalho, mas carecem de abordagens que mobilizem os atores sociais do Estado brasileiro a desenvolverem ferramentas de controle das formas de organização do trabalho indutoras de sofrimentos e transtornos.

Ainda que signifiquem avanços, tanto da previdência quanto da justiça do trabalho, acabam buscando relações de causa e efeito para lidar com a saúde mental dos trabalhadores em seus processos decisórios de concessão de benefícios para os indivíduos e para punição de empresas causadoras de danos. Novos desenvolvimentos teóricos podem subsidiar ações dessa esfera do Estado, no sentido de controlar e modificar as formas de organização do trabalho, reduzindo a exposição dos trabalhadores a contextos desfavoráveis à sua saúde mental.

Promoção de ambientes saudáveis

Para além da preocupação com os riscos dos processos e ambientes de trabalho, terapias para trabalhadores em sofrimento, perícias e processos na previdência e na Justiça, existem ações focalizadas na promoção do trabalho saudável.

Algumas estratégias buscam desenvolver atividades e programas para promoção da saúde mental, que, em geral, são compostas por um conjunto de ações envolvendo desde a prevenção à terapêutica e à reabilitação. Em sua maioria, pretendem atender trabalhadores encaminhados pelas chefias ou por demanda espontânea em consultas médicas e psiquiátricas, terapias grupais e comunitárias, arte-terapia e outras psicoterapias, prevenção ao uso abusivo de álcool e substâncias químicas (Barreto, 2007).

Situam-se também aí os programas de qualidade de vida no trabalho que, em geral, baseiam-se em duas concepções predominantes: uma assistencialista e outra contra-hegemônica. A primeira atua para o enriquecimento dos cargos e tarefas, para a motivação e satisfação pessoal, comprometimento, realização de atividades de lazer, físicas e culturais (Ferreira, *et al.* 2009). São atividades compensatórias em relação aos desgastes ocorridos no processo de trabalho e envolvem iniciativas para bem-estar físico e mental como ginástica laboral, cursos de dança, massagens, *tai chi chuan*, ioga e canto coral. A ênfase das intervenções está sobre os trabalhadores e não sobre os seus processos de trabalho.

Na segunda vertente – concepção contra-hegemônica – tem sido proposto um viés preventivo com base na ergonomia da atividade. “O foco da abordagem está em remover os problemas geradores de mal-estar no trabalho nos contextos de produção, atuando em três dimensões interdependentes: condições, organização e relações socioprofissionais de trabalho” (Ferreira, *et al.* 2009, p. 149).

Dentre o conjunto de ações, estão aquelas que visam melhorar o clima organizacional através de medidas que valorizem os trabalhadores investindo em cursos, pós-graduação e implantação de sistemas de qualidade na empresa.

Ocorre que muitos desses programas tendem a dicotomizar a relação corpo-mente. Daí existirem programas específicos para a saúde física, separados dos programas de saúde mental. Essa divisão vai à contramão das tendências discutidas anteriormente quanto à análise integrada das condições/organizações de trabalho, propiciando assim ações segmentadas.

Outro conjunto de ações tem se direcionado para promover um trabalho mentalmente saudável, identificando elementos capazes de fortalecer a saúde, como podemos perceber em iniciativas como GTPW – *Great Place to Work*, as premiações sobre as “melhores empresas para trabalhar” promovidas internacionalmente e também no Brasil e os programas de “Trabalho psicologicamente saudável”.

A iniciativa do *Great place to work* procede do trabalho dos jornalistas americanos Bruchell e Robin, que receberam uma demanda de escrever um livro sobre as melhores empresas dos EUA. A dificuldade inicial era saber como reconhecer os melhores ambientes de trabalho, pois, segundo eles, seria menos complicado escrever sobre as “As 100 piores empresas para trabalhar”. Após três décadas de pesquisas, seminários, consultorias e intervenções, os autores trouxeram a discussão elementos importantes para construir um ambiente de trabalho saudável²⁶ e desenvolveram um instituto - *The Great Place to Work*. Desde 1990, a revista Fortune se aproxima desse instituto e passa a publicar uma lista anual de melhores companhias para se trabalhar na América (*Fortune 100 Best Companies to Work For*).

Para eles, o melhor lugar para trabalhar seria aquele onde os trabalhadores confiam nas pessoas para as quais trabalham, têm orgulho do que fazem e gostam das pessoas com quem trabalham (Bruchell e Robin, 2011). Seriam três os eixos fundamentais capazes de transformar um ambiente de trabalho: a) as relações dos funcionários com os seus gestores, b) a relação do indivíduo com seu próprio trabalho e c) a relação entre os funcionários.

²⁶ O livro “*The great workplace: how to build it, how to keep it and why it matters*” (Bruchell e Robin, 2011) é resultado desse trabalho.

A confiança seria o elemento essencial para a relação entre gestores e empregados e teria três âncoras: a credibilidade, o respeito e a justiça. Esses elementos são fortalecidos quando existem relações baseadas em comunicação aberta, competência e integridade para manter a visão da empresa e há suporte para o desenvolvimento profissional, demonstração de apreço, colaboração com o funcionário na tomada de decisão e cuidado e atenção com aspectos da vida pessoal e individual dos empregados, além da imparcialidade, equidade e ausência de discriminação.

Quanto à relação do indivíduo com seu próprio trabalho, aparecem aspectos como a contribuição pessoal para o trabalho e as relações com a equipe de trabalho. Eles ressaltam que as pessoas sentem que trabalham no melhor lugar quando percebem que fazem a diferença no seu trabalho e seu trabalho tem sentido. Sentem orgulho das contribuições deles para a empresa ou da empresa para a comunidade, através das ações de responsabilidade social.

No que tange ao último aspecto, a camaradagem, ressalta-se a importância dos relacionamentos capazes de trazer um senso de comunidade, grupo e família, criados pela atmosfera de sociabilidade, amizade e cordialidade.

Os instrumentos utilizados para fazer essas avaliações são o *Trust Index*, que focaliza a percepção dos funcionários em relação ao orgulho, camaradagem, trabalho em equipe e confiança entre eles e seus gestores, e *CultureAudit* que busca também conhecer a cultura da organização, por meio da identificação de práticas de gestão de pessoas: seleção e treinamento de profissionais e modo de como inspiram a seus funcionários, falam com eles, os escutam. Aliado a isso, está o desenvolvimento profissional e pessoal, o reconhecimento do seu trabalho, a celebração das conquistas, o compartilhamento dos resultados e o cuidado das pessoas (GPTW, 2013a).

Um aspecto de destaque é a perspectiva desses autores de avaliar a cultura da organização de modo universal, sem considerar o grau de influência dos contextos e culturas dos países e regiões onde as organizações se instalam. O princípio ético em que se baseiam – a confiança como fundamento de um ambiente de trabalho saudável – teria para eles caráter universal. Isso fica evidente quando lemos no website do Instituto: “Este modelo é universal e consistente ano após ano, de país em país, e se aplica a empresas em todas as indústrias, organizações sem fins lucrativos, educacionais e governamentais, com demografia de funcionários amplamente diversificada” (GPTW, 2013b).

Nos EUA, a Associação de Psicologia Americana (APA) também desenvolve um Programa de Locais de Trabalho Psicologicamente Saudáveis²⁷. É uma iniciativa para educar a comunidade de empregadores sobre o *link* entre bem-estar dos trabalhadores e a performance organizacional. Esse programa envolve as avaliações sobre ambiente de trabalho saudáveis e vários recursos para empregadores e psicólogos que trabalham com eles. Isso é parte de um conjunto de ações de intervenção propostos pela APA para “ajudar empregadores a fazer o local de trabalho psicologicamente saudável e produtivo”, ajudando os “empregados a lidarem com o estresse e demais questões do trabalho, através de programas e iniciativas de assistência aos trabalhadores” (APA, 2011a).

Na prática, o foco é premiar empresas que concentrem esforços para a manutenção de espaços e ambientes de trabalho psicologicamente saudáveis, submetidas a circunstâncias extremamente difíceis (Holloway, 2002, p. 53). Os aspectos considerados para essa premiação são: comprometimento dos trabalhadores com o trabalho, harmonia vida-trabalho, crescimento e desenvolvimento dos trabalhadores, saúde e segurança no trabalho e reconhecimento dos funcionários (APA, 2011b).

Uma ideia presente nessas iniciativas é a busca de harmonia entre bem-estar psicológico, o sucesso e a eficiência corporativa. Essas empresas reconhecem que os cuidados com a saúde são um bom negócio e que uma força de trabalho resiliente e saudável está no centro de um negócio produtivo e saudável²⁸.

Podemos perceber o quanto essa expressão tem similaridade com a noção fordista em relação à medicina do trabalho, quando considerava que o setor mais lucrativo da empresa seria justamente o setor médico (Mendes e Dias, 1991).

Aliás, essas iniciativas de empresas psicologicamente saudáveis possuem o ideário muito similar às práticas de medicina do trabalho, porque buscam a harmonia entre produção e o bem-estar. Seria isso possível? O que ocorre quando um trabalhador manifesta sofrimento em uma empresa psicologicamente saudável? Seria considerado ele o problema?

No Brasil, existem mecanismos similares à GTPW e as empresas psicologicamente saudáveis. E os elementos mais valorizados para qualificá-las assim têm sido o orgulho do trabalho e da empresa, a clareza e a abertura na comunicação interna; a oportunidade de carreira, a camaradagem, a credibilidade, o respeito, a imparcialidade, a segurança e a

²⁷ The Psychologically Healthy Workplace Program (PHWP).

²⁸ "These companies recognize that good health care is good business" (...) "A healthy, resilient work force lies at the heart of productive and stable business performance" (Holloway, 2002, p. 53).

confiança na gestão, as iniciativas de treinamento e desenvolvimento, bem como a inovação no sistema de trabalho (Andrade, 2006; Tolfo e Piccinini, 2001).

Cabe destacar dois índices criados no bojo dessas práticas: o Índice de Qualidade na Gestão de Pessoas (IQGP) e o Índice de Qualidade no Ambiente de Trabalho (IQAT). Esses dois instrumentos compõem o Índice de Felicidade no Trabalho. O IQGP é a avaliação, sobretudo, do que a empresa oferece aos seus trabalhadores nos seus processos de gestão de pessoas. Já o IQAT é o resultado da análise da visão dos trabalhadores sobre a empresa, obtido com uma pesquisa que avalia o clima organizacional, através de questionários e análise de informações qualitativas (PROGEP, 2013).

A rigor, no conjunto dessas iniciativas e ações está a busca por promover a imagem das empresas com alto rendimento, visando à sua sustentação no mercado. Assim, acabam sendo práticas de comunicação corporativa destinadas a desenvolver processos capazes de criar e sustentar a imagem e reputação organizacional perante a sociedade, tendo em vista sua melhor colocação no mercado (Almeida e Leão, 2012).

A OMS também está envolvida na discussão sobre ambientes de trabalho saudáveis, mas seus critérios são diferentes. Ela preconiza quatro aspectos principais: ambiente físico, ambiente psicossocial²⁹, recursos para a saúde pessoal no local de trabalho e envolvimento de toda a comunidade da empresa (Burton, 2010). E um trabalho saudável compreenderia ações contínuas em todos esses quatro níveis, envolvendo mobilização, reconhecimento, avaliação, priorização, planejamento, ação e avaliação (Burton, 2010). Assim, um ambiente de trabalho saudável não é identificado apenas pela ausência de condições nocivas, mas pelo acúmulo de condições que promovem a saúde (Leka, Griffiths, Cox, 2003).

Aportes para a análise da saúde mental no trabalho

Mesmo com todos esses avanços em termos de dar visibilidade aos aspectos determinantes dos problemas de saúde mental dos trabalhadores em relação aos processos de trabalho, o foco na atenção individual ainda é forte no conjunto dessas práticas e recomendações. Persistem ênfases na vulnerabilidade dos indivíduos a doenças físicas e desordens psiquiátricas nos contextos de trabalho.

Um dos aspectos críticos, por exemplo, no documento sobre o estresse intitulado “Sal da Vida ou Beijo da Morte”, produzido pela Comissão Europeia, é o enfoque na identificação

²⁹ A definição de ambiente psicossocial envolve a organização de trabalho e a cultura organizacional, bem como atitudes, crenças, valores e práticas que afetam a saúde mental e física dos trabalhadores (Burton, 2010).

dos trabalhadores considerados mais vulneráveis às consequências do estresse, como se percebe a seguir. “Entre los factores determinantes de este mayor riesgo están: un comportamiento hostil («de tipo A»), una inadecuada reserva de respuestas para hacer frente a determinadas situaciones y una situación socioeconómica desfavorecida, junto con una falta de apoyo social.” (Comisión Europea, 1999, p. ix).

Fica patente a visão comportamental atrelada ao foco nas capacidades individuais e, por isso, o documento menciona, ainda, a necessidade de “assegurar que as tarefas e a carga de trabalho seja compatível com as capacidades dos trabalhadores” (p.8), numa clara alusão à prática Taylorista do “*the right man, to the right place*”.

Atrelada a essa ênfase nos indivíduos, a meta e o horizonte das ações é a produção saudável, pois os esforços para prevenir e promover a saúde mental no trabalho objetivam contribuir para “empresas sãs e trabalhadores sãos” (p.8).

Essa ênfase no indivíduo é frequente, como demonstra expressões sobre “a importância do trabalho para a saúde mental dos indivíduos”, encontradas em documentos da OMS e outras agências, o que restringe bastante a discussão (Who, 2000). Até mesmo as discussões em torno do risco psicossocial, têm essas limitações, na medida em que destaca como ponto central a interação entre os fatores humanos, de um lado, e os fatores ambientais, de outro. Nesse caso, se a interação entre condições e organização do trabalho e características dos trabalhadores for adequada a situação estaria em equilíbrio, redundando em efeitos positivos para a produção e para os indivíduos. E o desequilíbrio nessa relação seria o causador de problemas em saúde mental. Em última instância, o que definiria harmonia ou desequilíbrio seria a capacidade e os recursos de cada indivíduo para se adequar ao sistema de trabalho (ILO, 1984). Assim, quando um trabalhador está em desarmonia com seu ambiente de trabalho, ele pode desenvolver comportamentos não saudáveis e se expor a riscos (Niosh, 1988).

Essa noção parece indicar a saúde como adaptação entre o indivíduo e o ambiente, e o “distúrbio” psicológico seria exatamente a desarmonia entre esses dois polos. Isso fica patente quando se percebe a ênfase nos “comportamentos saudáveis” a serem desenvolvido pelos trabalhadores.

Além disso, muitas ações ainda são de cunho individual e referentes ao estilo de vida dos trabalhadores, sendo poucas as que apontam ferramentas para efetivar a descentralização da gestão e para implementar mudanças da organização do trabalho.

Outra questão crítica é que essas práticas e diretrizes emergem em um contexto político e econômico marcado pelas perdas de produtividade, como é o caso das empresas

europeias. Apesar de movimentos sociais e organismos sociais terem se mobilizado e conseguido, além de conquistas legais, acordos voluntários importantes, como o “acordo sobre o estresse relacionado ao trabalho” demonstrando um profundo diálogo social sobre o tema (Malgorzata e Xabier, 2012), a preocupação maior é de cunho econômico.

Toda essa discussão levou a uma conferência, em 2008, que elaborou o pacto europeu de saúde mental e bem-estar e reconheceu que saúde mental é como recurso chave para o sucesso da União Europeia cumprir os objetivos da “Estratégia de Lisboa”: crescimento e emprego, coesão social e desenvolvimento sustentável (Malgorzata e Xabier, 2012).

Foucault (1982a, 1982b), em seus já clássicos textos sobre o nascimento da medicina social e das políticas de saúde nos cenários franceses, ingleses e alemães dos séculos XVII, XVIII e XIX, assevera o quanto as doenças foram paulatinamente consideradas como problema político e econômico na Europa. É curioso observar na atualidade, a União Europeia considerando a saúde mental como problema público e seu adequado enfrentamento como um substrato para o desenvolvimento econômico.

As ações em saúde mental, a redução do estresse e a luta contra o assédio moral, mobilizam a arena política europeia e, a nosso ver, trata-se de um caminho para a retomada do crescimento, principalmente pela referência à “Estratégia de Lisboa”, cujo objetivo foi de lidar com a baixa produtividade e a estagnação econômica da União Europeia, através de várias iniciativas políticas nos estados membros. Saúde mental, portanto, passa a ser um problema a ser enfrentado justamente porque ameaça a produtividade e compromete a economia³⁰.

Esse cunho político e econômico motivador das ações em saúde mental relacionadas ao trabalho vão além das propostas dessa Estratégia. O “Livro verde: cooperação para uma nova organização do trabalho” (Comisión de las Comunidades Europeas, 1997), por exemplo, é uma clara demonstração do esforço político para criar empresas mais competitivas, aumentando a participação dos trabalhadores e estabelecendo várias medidas para melhoria da produtividade.

É esse caráter econômico e político que se materializa nas instituições, como afirma Foucault em “A ordem do discurso” (1999), e é todo um aparato institucional que exerce pressões sobre discursos relativos à saúde mental dos trabalhadores. Podemos dizer então que

³⁰ Which recognised that mental health and wellbeing are a key resource for the success of the EU as a knowledge-based society and economy and for the realisation of the objectives of the Lisbon strategy, on growth and jobs, social cohesion and sustainable development (EU, 2008, p. 23).

essas iniciativas formam uma verdadeira rede de saberes em que uma teia de instituições produz, divulga, dissemina e controla discursos e práticas em saúde mental e trabalho.

A despeito desses aspectos críticos, cabe destacar alguns pontos:

Em primeiro lugar, o conjunto das teorias e práticas demonstra que não existe um modelo universal capaz de prevenir e promover a saúde mental no trabalho e as soluções e saídas possíveis devem emergir de ações sistemáticas de pesquisa-intervenção em cada contexto de trabalho.

Também, ressalta-se a valorização do trabalhador enquanto sujeito. Daí muitas práticas considerarem não apenas as questões da organização e dos ambientes de trabalho, buscando ainda apoiá-los em determinadas situações de sua vida privada. Ainda mais, são aplicados diversos métodos e tomam-se iniciativas que partem das experiências, vivências e narrativas dos próprios trabalhadores para a implementação de mudanças no cotidiano do trabalho. A despeito desse avanço, percebeu-se que a participação dos trabalhadores muitas vezes se restringe à percepção de riscos e situações problemáticas no trabalho e ao acolhimento de suas recomendações.

Outra questão a ser destacada é a noção de trabalho como um lugar, local, espaço onde grupos humanos exercem atividades. A lógica é centrada na ideia de ambiente como um espaço determinado, com seus limites físicos e sociais. Ambiente psicossocial, ambiente físico, cultura organizacional, entre outros, são elementos e expressões bem presentes.

Argumenta-se sobre a importância de investir em saúde mental para aumentar o nível de produtividade, pois absenteísmo, *turnover* e afastamentos trazem baixas de produção³¹. As iniciativas em saúde mental e trabalho fazem parte de estratégias políticas e econômicas que estabelecem um jogo de controle de comportamentos e ofertas de melhorias em algumas esferas do trabalho, a fim de elevar o padrão produtivo. Trata-se, em última instância, de uma relação de poder, conforme o pensamento foucaultiano, pois o poder não visa expulsar os homens da vida social, nem impedir suas atividades, mas gerir a vida dos homens e controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas capacidades e potencialidades (Machado, 1981).

A introdução do tema da saúde mental na pauta dos setores produtivos e instâncias e organismos internacionais acaba tendo um objetivo eminentemente político e econômico,

³¹ Curioso observar como a baixa produtividade é um critério para indicar a existência de problemas de saúde mental. O contrário, a alta produtividade, seria então sinônimo de bem-estar? Essa noção é limitada, porque por detrás da produtividade pode existir estratégias de resistência e sobrevivência dos trabalhadores, sem as quais o trabalho jamais seria exitoso.

visando tornar o homem uma força de trabalho, com utilidade econômica máxima, reduzindo possibilidades de revolta e luta contra as ordens, a fim de serem dóceis politicamente (Machado, 1981).

As estratégias em nome da saúde mental dos trabalhadores fazem parte de um escopo de ações e relações de poder que mantêm a ordem produtiva, as estruturas de gestão e o bom funcionamento da economia capitalista. Quanto a essa questão, Marcuse (1998) dá pistas, argumentando que talvez somente por meio da dissolução entre trabalho dominado e trabalho dominante, pode ser possível que o trabalho assuma sua essencialidade: realização dos potenciais humanos.

Daí que problematizar uma vigilância em saúde mental dos trabalhadores não é apenas desenvolver meios e estratégias para a incorporação de aspectos da organização do trabalho nas inspeções, porque as determinações e efeitos em saúde mental são amálgamas complexos de questões materiais, sociais e subjetivas. De igual forma, não é somente a introdução do tema nas agendas públicas e institucionais brasileiras. Trata-se da ampliação de arena de lutas e embates a ser protagonizada pelos próprios trabalhadores para que mudanças mais contundentes nos processos e organizações do trabalho ocorram favorecendo à saúde.

Nesse sentido, as práticas descritas aqui trazem elementos importantes, principalmente quanto às situações e aos elementos a serem priorizados na intervenção sobre a organização do trabalho. Alguns desses elementos são discutidos por Noriega (1993), para quem as características da organização e divisão do trabalho determinam a duração da jornada, o ritmo, os mecanismos de supervisão dos trabalhadores, o controle do processo de trabalho, o conteúdo da tarefa, os incentivos da produção, a complexidade e a periculosidade das tarefas, entre outros (Noriega, 1993). Para ele, seria preciso observar o tempo de trabalho (duração da jornada diária, duração da jornada semanal, horas extras, turnos, rotação de turnos, trabalho noturno, pausas), da quantidade e intensidade de trabalho (grau de atenção, tempo e movimentos - ritmos das máquinas, rapidez de execução das tarefas - repetição, prêmios de produtividade, pagamento por horas, pagamento por produção), da vigilância do trabalho (supervisão estrita, supervisão com maus-tratos, controle da qualidade), do tipo de atividade (dificuldade de comunicação, dificuldade de deslocamento, esforço físico, posições incômodas e forçadas, sedentarismo, minuciosidade das tarefas, monotonia), da qualidade do trabalho (qualificação para o desempenho no trabalho, possibilidade de iniciativas, direção e decisão na atividade, grau de conjunção entre concepção e execução, interesse dos trabalhadores em sua atividade). E todos esses elementos “sinergizados” definem as características de adoecimento de grupos sociais de trabalhadores.

Esses componentes das práticas aqui descritas, sobretudo, as de promoção de ambientes saudáveis e de prevenção à saúde mental, são importantes aportes para a análise das situações geradoras de problemas em saúde mental. Eles podem ser tomados como guias iniciais para ampliar o olhar e a ação tanto da vigilância em saúde do trabalhador quanto das próprias práticas clínicas e ações públicas do MP.

PARTE 3**VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO: PERSPECTIVAS, DILEMAS E DESAFIOS**

Nesta terceira parte, discutimos desafios, dilemas e estratégias para a integração da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador, a partir das compreensões e práticas discutidas nos capítulos anteriores. Trata-se de problematizar a vigilância da saúde mental, com vistas a oferecer subsídios para a atuação na área de saúde do trabalhador dentro e fora do SUS.

O capítulo cinco faz uma reflexão teórica e propositiva pautada pelos princípios e diretrizes da Visat e da PNSTT. Para isso, utilizamos as concepções de Rorty (1994), a fim de discutir o mental da saúde do trabalhador, e também a noção de produção da subjetividade em Guattari (1992), a concepção de sofrimento social em Renault (2008) e as discussões sobre Tanatopolítica em Agamben (2007) para debater criticamente aspectos da Visat em relação à saúde mental que levem ao desenvolvimento de estratégias diferentes de dispositivos de patologização.

Destacamos os riscos e perigos de uma tendência centrada na abordagem epidemiológica e medicinalizante para lidar com as manifestações de sofrimentos dos trabalhadores, e nesse sentido, abordamos dilemas teóricos e práticos, técnicos e éticos da classificação, do diagnóstico e do tratamento dado aos problemas de saúde mental dos trabalhadores.

No último capítulo, procuramos concentrar a atenção na proposição de caminhos e direcionadores estratégicos possíveis para a produção de informação e ações de intervenção da Visat. A proposta é debater algumas pistas que sirvam para a construção de bases operacionais para as práticas da Visat, a partir do papel dos Cerest nas suas regiões de abrangência.

De antemão, é preciso deixar claro que não estamos propondo mais uma vigilância à parte das vigilâncias já constituídas no SUS. Ao contrário, a discussão é sobre a necessidade de integração da questão mental no escopo da vigilância em saúde no Brasil. Tampouco se trata meros acréscimos, mas de questionar a maneira de agir e pensar em vigilância, o que leva ao seu próprio questionamento.

Por isso, realizamos uma reflexão sobre os níveis e as dimensões das ações e os mecanismos de integração, bem como dos desafios, dos dilemas e das possibilidades que a

natureza da temática levanta. Colocamos em discussão: (i) subsídios teóricos que contribuam para ações integradas; (ii) dilemas relativos à produção de informações, considerando os problemas em relação à busca donexo causal e do diagnóstico como evidências capazes de subsidiar atuações, bem como apresentamos algumas formas e fontes de obter informações para deslançar processos de vigilância, a fim de ir além da ênfase na notificação de agravos; (iii) os níveis de intervenção nos processos de trabalho.

Concentramo-nos na dimensão da fiscalização pública nos ambientes e processo de trabalho, apresentando alternativas e estratégias para as equipes de vigilância procederem as etapas de planejamento, preparação, realização e avaliação de um processo de Visat. Nesse sentido, discutimos a importância da intervenção sobre os elementos constituintes da organização do trabalho, na perspectiva de criar processos de identificação de situações geradoras de sofrimento nos processos de trabalho.

O foco aqui é a discussão sobre a incorporação de abordagens e instrumentais de compreensão e intervenção no objeto saúde mental-trabalho em todas as dimensões da Visat, teóricas, políticas, institucionais e práticas.

Essa discussão não se limita a um setor ou ramo produtivo. Trata-se de pensar subsídios teóricos e práticos gerais para criação de estratégias nos mais variados setores, independentemente do tamanho e dimensões da empresa, local de trabalho, número de trabalhadores e tipo de produção ou serviço.

A ideia é trazer elementos para as esferas locais e regionais reconhecerem as repercussões do trabalho na saúde mental e investigarem os fatores particulares que as determinam em processos de trabalho dos territórios em suas especificidades.

Em síntese, ao longo desses dois últimos capítulos, problematizamos os seguintes pontos:

- 1) O desafio da compreensão dos fenômenos em saúde mental e de lidar com situações complexas, dadas as múltiplas manifestações do sofrimento relacionado ao trabalho e suas diferenças: afecções cerebrais, assédios, estresse, transtornos do comportamento e síndromes psiquiátricas. E como compreender os fenômenos: doença, transtorno, mal-estar, patologia ou sofrimento.

- 2) Os dilemas para a produção de informação, questionando as práticas de notificação no Sinan que podem enfatizar apenas a dimensão quantitativa dos fenômenos e propiciar uma ação unilateral da vigilância epidemiológica. Apontam-se outras possibilidades de produção

de informação para embasar as ações da vigilância e necessidade de ir além do enfoque centrado nos diagnósticos e nos transtornos mentais e do comportamento.

3) O debate sobre a necessidade de impulsionar ações de intervenção capazes de integrar a questão mental, chamando atenção para a implantação de estratégias de produção de informação em saúde mental e atuações interventivas, considerando a saúde mental como ponto de partida para ações de intervenção e como temática a ser incluída nas ações, ao incorporar elementos da organização do trabalho.

CAPÍTULO 5 - PRESSUPOSTOS PARA A VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR.

Desafios da Visat no cenário contemporâneo e a saúde mental nos Cerest

Iniciamos esse capítulo expondo alguns desafios e entraves dos serviços de saúde no que tange à vigilância em saúde do trabalhador e as iniciativas existentes em torno da saúde mental.

O desenvolvimento econômico do Brasil tem provocado impactos e repercussões notáveis no processo saúde-doença da população em geral e da população trabalhadora, em especial (Pignati, 2007). E mesmo que não tenhamos informações precisas sobre a real condição da saúde dos trabalhadores no Brasil, devido à precariedade nos sistemas de informação, aliada à fragmentação e à dispersão de dados entre setores da previdência, do trabalho-emprego e da saúde (Wadvogel, 2011), os números existentes já indicam a gravidade da situação.

Os problemas sanitários, ocupacionais e ambientais oriundos da exposição aos agrotóxicos nos cenários do agronegócio e as condições de trabalho no setor de serviços, na indústria e na diversidade de trabalho informal são complexos e diversificados (Minayo-Gomez, 2011; Pignati, 2007). Esses contextos geram adoecimentos e mortes de trabalhadores, acidentes de trabalho, intoxicações, afastamentos do trabalho por doença, aposentadorias por invalidez, entre outros. A despeito disso, a influência dos processos de produção no processo saúde-doença da população ainda não é tratada como uma prioridade na agenda da saúde pública no Brasil (Vasconcellos, 2007; Vasconcellos e Machado, 2011).

Esse quadro amplo e complexo, que demonstra a extensão dos fenômenos decorrentes da relação saúde-trabalho no Brasil, é extremamente desafiador para a Visat, em todos os níveis: local, regional, nacional e político-institucional.

O enfrentamento dessas situações esbarra em diversos entraves de ordem institucional e política. Na esfera institucional, as dificuldades para a implementação das ações não são pequenas, tampouco novas no cenário nacional. Em geral, elas perpassam problemas dos serviços de atenção à saúde, entraves no engajamento dos sindicatos e na representação de trabalhadores, conflitos intensos com setores empresariais e estatais (Minayo-Gomez e Lacaz, 2005; Leão, 2011). Mais especificamente, muitas ações de vigilância não são levadas a cabo, entre outros motivos, pela insuficiente capacitação dos profissionais de saúde, pouco apoio financeiro, material e embasamento jurídico para as atuações *in loco*.

Aliás, a vigilância em saúde como um todo é uma temática controversa no Brasil. Permanecem obstáculos quanto à integração das vigilâncias sanitária, ambiental, epidemiológica, saúde do trabalhador e à sua atuação efetiva no campo institucional. A fragmentação das vigilâncias no SUS e a criação de protocolos pontuais e a ênfase assistencial do SUS são questões crônicas (Leão, 2011; Leão e Vasconcellos, 2014).

Tudo isso dificulta a implementação de uma vigilância que agregue agentes responsáveis pelas ações e saberes, disciplinas e técnicas para as intervenções.

Na tentativa de fortalecer a vigilância, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT (Brasil, 2012) trouxe a Visat como esfera prioritária. A meta estabelecida é que até o ano de 2015, 100% dos Cerests realizem ações de vigilância e uma série de iniciativas do Ministério da Saúde vem sendo traçadas para isso.

Investigações têm sido desenvolvidas para identificar práticas de articulação e intervenção em prol das melhorias das condições de trabalho em setores específicos, na tentativa de criar e ou fortalecer atuações intersetoriais, diante dessas múltiplas e complexas situações. Essas ações enfocam setores como os de petróleo, de frigoríficos, de cana-de-açúcar e demais contextos produtivos do agronegócio.

No conjunto desses problemas a saúde mental relacionada ao trabalho vem sendo reconhecida e a área técnica de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde, preocupada com essa questão, protagonizou um processo de discussão coletivo entre profissionais ligados à saúde mental para formular diretrizes para a vigilância no SUS.

Uma das iniciativas voltou-se para a criação de um protocolo clínico, que visava munir os profissionais da rede com instrumentos que facilitassem o diagnóstico e o estabelecimento de nexos causais entre o adoecimento mental e o trabalho, além de direcionar os fluxos de atenção da rede de saúde ao sujeito adoecido (Ministério da Saúde, 2005) e que acabou recebendo um viés mais psiquiátrico.

O protocolo não foi implementado, mas demonstra o reconhecimento do problema e a necessidade de subsidiar ações da rede de saúde. Afinal, as demandas dos casos de saúde mental e as situações decorrentes das manifestações de sofrimento em grupos de trabalhadores são cada vez mais frequentes na rede de saúde. Como resposta, algumas práticas dos serviços têm sido desenvolvidas, na tentativa de diagnosticar os problemas e criar processos de intervenção, reconhecendo as demandas e atuando conforme suas possibilidades.

Dentre as diversas questões debatidas durante o Encontro Nacional da Rede Nacional de Saúde do Trabalhador - Renast realizado em 2013, a saúde mental foi identificada como uma demanda prioritária. E algumas equipes de Cerest recebem demandas de diversas

categorias profissionais onde o problema tem aparecido com intensidade e passam a investigar problemas utilizando instrumentos psiquiátricos padronizados e questionários fechados para produção de *scores* e dados epidemiológicos.

Além dos levantamentos epidemiológicos são aplicados testes psicológicos sobre trabalhadores com suspeita de *burnout* e estresse (professores, motoristas, p.ex.) e demais meios para avaliação psicológica e anamnese visando o estabelecimento do nexo causal. Essa é, aliás, outra demanda prioritária: efetivar as notificações em saúde mental em toda a rede.

As equipes, no entanto, têm dificuldades para implementar essas ações dada a ausência de diretrizes para as atuações e a falta de profissionais da área *psi*. Nos Cerest, encontram-se também ações de avaliação neuropsicológica a trabalhadores expostos a substâncias químicas, treinamentos e terapias para trabalhadores com lesões por esforços repetitivos (Sato, Lacaz e Bernardo, 2004). Mas, em geral, os profissionais de saúde têm dificuldades técnicas, poucos subsídios e diretrizes para lidarem com a questão, daí que muitas vezes se limitem a encaminhar os casos para especialistas em psiquiatria e psicologia (Leão e Castro, 2008). Isso traz mais uma dificuldade, pois focaliza a especialidade da ação, inibindo atuações multiprofissionais, coletivas, participativas e intersetoriais de vigilância. O problema não está no encaminhamento em si, mas na falta de ações sobre os aspectos originadores do sofrimento. Em geral, faltam diagnósticos, nexos causais e ainda é baixa a notificação de casos, mas alguns Cerest já têm lidado com a questão de saúde mental como problema coletivo (Santos e Lacaz, 2011).

Encontramos um indicativo dessa situação na análise dos relatórios de ações encomendados pela Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde (CGSAT/MS) aos Cerest, as quais constam no 2º Inventário de Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, (2010-2011), como também as informações complementares obtidas numa consulta realizada, em 2013, aos Cerest que mencionaram estar desenvolvendo atividades em saúde mental. Dos 210 Cerest existentes no país, apenas 35 referiram algum tipo de ação relacionada à saúde mental.

As ações realizadas dizem respeito principalmente à organização de oficinas e palestras, além de algumas ações de capacitação em Caps e junto a ambulatórios de saúde mental e psiquiatria para diagnóstico e tratamento dos agravos, bem como a organização de grupos de estudo entre profissionais dos Cerest sobre essa temática. Em outros casos, as ações estão mais voltadas para a estruturação e capacitação da rede sentinela, visando o aumento da notificação.

Menciona-se também a realização de psicoterapias individuais nos Cerest e a triagem

de casos para encaminhamento aos Caps, assim como a formação de grupos de apoio terapêutico com pessoas acometidas por doenças ocupacionais, vítimas de assédio e portadores de Ler/Dort. Alguns Cerest, inclusive, referem *reiki*, *tai chi chuan*, acupuntura e oficinas de teatro, entre às ações de saúde mental.

Merece destaque o Grupo Regional de Saúde Mental do ABC Paulista pela sua articulação intra e intersetorial, tanto para diagnóstico, acompanhamento e reabilitação de trabalhadores com transtornos como pela preparação e implementação de ações de vigilância em ambientes de trabalho.

Esse conjunto de informações revela a necessidade de diversas formas de apoio para que seja incorporada a problemática da saúde mental nas ações de Visat. Alguns passos têm sido dados para suprir essa lacuna e dar início a um processo de discussão coletiva nessa direção, como um seminário em organizado no ano 2013, em Petrópolis, com vários pesquisadores e técnicos dos Cerest de algumas regiões do Brasil.

A vigilância dos agravos à saúde mental

Podemos dizer que existem alguns direcionadores e instrumentos normativos no SUS, que podem contribuir para o planejamento de ações de vigilância dos agravos à saúde mental. São diretrizes presentes no Manual de Doenças do Ministério da Saúde (Brasil, 2001), a própria lista de doenças relacionada ao trabalho (Brasil, 1999b) e a portaria de agravos de notificação compulsória (Brasil, 2011). Não são exclusivas para saúde mental dos trabalhadores, mas contém alguns elementos específicos nesse campo, uma vez que incluem, tanto os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho quanto os agentes patógenos e os fatores de risco causadores de transtornos e disfunções.

Entre os fenômenos elencados estão as lesões orgânicas e cerebrais, os transtornos de personalidade, a demência, o delirium, o transtorno cognitivo leve, o transtorno mental orgânico, os episódios depressivos, a síndrome da fadiga, o alcoolismo crônico, o estresse pós-traumático e a síndrome de adaptação, as neuroses profissionais, os transtornos do ciclo vigília-sono e a síndrome do esgotamento profissional, entre outros (Brasil, 2011, 2001, 1999b).

Quanto às situações geradoras, são apresentados o conteúdo das tarefas, o ritmo e a intensidade das atividades, os fatores mecânicos do posto de trabalho, a existência de sistema de turnos, as práticas de premiação e incentivos, os fatores psicossociais, desacordos entre chefia e colegas, as ameaça de desemprego, a instabilidade e o próprio desemprego, além de

uma série metais pesados e produtos perigosos, como brometo de metila, chumbo e agrotóxicos neurotóxicos capazes de afetar o funcionamento de cérebro (Brasil, 1999a; Brasil, 1999b, Brasil, 2001).

O reconhecimento desses transtornos é um avanço, principalmente porque pode subsidiar ações de intervenção nos processos e na organização do trabalho. Por outro lado, essas diretrizes acabam restringindo-se aos códigos nosográficos ou aos transtornos mentais e do comportamento, conforme o Código Internacional de Doenças – CID.

Que noção de saúde mental esses dispositivos expressam? A nosso ver, parecem sustentar uma ideia de saúde mental caracterizada como uma esfera dos sujeitos que recebe impactos das situações de trabalho. E, nesses moldes, as práticas tendem a reduzir seu campo de ação às patologias, moldando ações de reconhecimento, diagnóstico e notificação dos transtornos. Nesse sentido, formata-se uma vigilância dos agravos e transtornos mentais.

Que outros passos poderiam ser dados para além do enfoque nos agravos, considerando que a Visat não pode restringir-se à identificação, coleta e registro de agravos à saúde dos trabalhadores? Ela é uma espécie de pesquisa-ação contínua, que se organiza em diferentes níveis de complexidade, na perspectiva de transformar os processos de trabalho para trazer melhorias nas condições de saúde dos trabalhadores (Machado, 2011, Vasconcellos, 2007; Vilela, 2002, Pinheiro 1996). Configura-se como um olhar do Estado e da Sociedade sobre as condições de trabalho, a fim de trazer modificações favorecedoras à saúde. Nesse sentido, se diferencia da tradicional vigilância em saúde pública, que se conformou historicamente como um olhar do Estado sobre a população com fins de controle do espaço urbano, efetuado inicialmente pela polícia médica (Sabroza, s/d). Trata-se de um dispositivo sanitário de controle e disciplina das sociedades modernas³², que emergiu como uma força do Estado para coletar informações sobre doenças e mortes na população com o objetivo de conter processos de disseminação e proliferação de endemias e epidemias (Teutsch, 2000, Declich e Carter, 1994). Seus métodos e meios de detecção precoce e controle de doenças foram se alterando ao longo do tempo, acompanhando as tendências do mundo econômico e a ele servindo (Sabroza, s/d).

32 Esses dispositivos de poder são também dispositivos de individualização. Nas análises de Foucault, a inovação nas prisões foi o isolamento celular. O hospício produziu o louco como doente mental, personagem individualizado a partir da instauração de relações disciplinares de poder. Por isso pode-se dizer que o poder disciplinar fabrica indivíduos (Machado, 1981). Quando a vigilância se apresenta como um poder disciplinar ela pode participar de um processo social mais amplo em favor da fabricação de indivíduos adoecidos, ainda mais quando se trata da questão mental.

Ainda mais, essa ênfase no monitoramento, controle e registro contínuo de fatos e conhecimentos é uma tendência da sociedade disciplinar³³ discutida por Foucault (1987) e Deleuze (1992) e perpassa diferentes âmbitos do tecido social, não apenas o campo da saúde.

A Visat, por outro lado, não se limita a conhecer e controlar situações e processos, mas conhecer, controlar, intervir e transformar. Ou seja, existe uma diferença entre a vigilância enquanto um poder disciplinar e a vigilância enquanto uma estratégia de emancipação. Por isso, a Visat não se configura como um instrumento estatal voltado apenas para obter informações sobre a quantidade de trabalhadores adoecidos no trabalho, mas como um conjunto de estratégias com participação ativa dos trabalhadores para buscar meios para efetuar mudanças reais. De modo algum ela se limita a um controle de informações sobre corpos e mentes adoecidas e, por isso, a tensão com as tendências hegemônicas do SUS no que tange à preeminência do olhar biomédico e da assistência à doença no conjunto das práticas (Teixeira, Paim, Vilasboas, 1998; Vasconcellos, 2007; Lourenço e Bertani, 2007).

Refletir sobre a Visat e sua relação com a saúde mental implica considerar outros instrumentos e meios de ação sobre os processos de trabalho, abrindo um leque maior de perspectivas que vão de encontro à tendência de reduzir a incomensurabilidade dos sofrimentos dos trabalhadores em algo concreto: a patologia laboral.

Quando a vigilância enfoca prioritariamente os agravos pode favor a patologização do sofrimento dos trabalhadores – ou seja – a transformação de vivências e problemas sociais em uma categoria médica e biológica (Conrad, 2007), o que acaba reduzindo a subjetividade dos trabalhadores ao interior do indivíduo e ao adoecimento, como fruto da tendência de enquadrar a diversidade dos modos de existir em classificações médico-normativas dos códigos nosográficos (Classificação Internacional de Doenças – CID e DSM IV, V). Essa ênfase tende a tratar a doença, o distúrbio e o transtorno como algo isolado, que teria no interior do sujeito a sua causa, correndo assim o risco de fazer irromper novas padronizações e exclusões – como atesta a história da loucura analisada por Foucault (1978), Castel (1978) e outros.

Ponto mais problemático, ainda, é que essa prática tende a focalizar, prioritariamente, os efeitos do trabalho sobre a saúde mental e não tanto as situações e elementos sociais, técnicos e materiais presentes nos ambientes e organização do trabalho. Ou seja, vigia a doença e não o processo de trabalho.

³³ Essa disciplina tem na vigilância um dos seus principais instrumentos. Uma vigilância perpétua que leva quem é olhado a enxergar a si mesmo com a visão de quem olha (Machado, 1981).

Sob este ângulo, a preocupação da rede de saúde passa a ser prioritariamente atender, tratar, recuperar e reabilitar o sujeito adoecido, criando um fluxo de procedimentos que garantam direitos sanitários, trabalhistas e previdenciários. Essa garantia é fundamental, porém, corresponde a apenas um lado das práticas de saúde – a assistência ao cidadão.

Dilemas do diagnóstico para onexo causal.

Para que um transtorno seja reconhecido em uma unidade de saúde em nível local, para tratamento do sujeito e notificação do agravo, se faz necessário um processo de laudos, entrevistas, exames psicológicos e psiquiátricos. E, em tese, os transtornos psiquiátricos e distúrbios são diagnosticados a partir da interpretação de um especialista em psicologia ou psiquiatria, ou de grupos de profissionais especializados. Trata-se de uma ação do âmbito da clínica, porque as categorias psiquiátricas - transtorno, distúrbios, síndromes e patologias - requerem exames, avaliações psicológicas e clínicas, entrevistas e demais meios cabíveis para o diagnóstico diferencial. Essas práticas demandam experiência e formação específica, principalmente nos casos em que, segundo os códigos de doença, a patologia não possui vinculação direta com o trabalho.

Laudos técnicos são então considerados cruciais para doenças tipo II e III, classificadas como tendo possíveis ligações com o trabalho. Duas ações contribuem para esse tipo de diagnóstico: inspeções no trabalho e levantamentos epidemiológicos (Jardim, Ramos e Glina, 2010). As ações de inspeção subsidiam o estabelecimento dessenexo, entretanto os diagnósticos são de cunho clínico, voltado para o sujeito individual. Já os levantamentos epidemiológicos das doenças tipo II e III, em determinadas categorias profissionais, evidenciam a incidência, prevalência, magnitude dos problemas, contribuindo também para realização do nexo causal contra as incertezas³⁴. Essas ações estão voltadas para clínica e, em última instância, dela dependem. E nesse processo de diagnóstico, uma série de dilemas éticos, culturais e simbólicos emerge.

Historicamente, até o século XIX, o diagnóstico de mal-estar e doenças estava centrado nas narrativas do paciente, interpretada, aceita e valorizada. Com o tempo, ocorre um silenciamento dos sujeitos, quando o diagnóstico passa a se basear em sinais e signos de uma patologia, detectados por observação clínica, com auxílio de instrumentos tecnológicos, e

³⁴ A busca pela “evidência” científica ocorre aqui, em dimensões distintas, mas de forma similar aos problemas em saúde ambiental. Para as questões de saúde ambiental fala-se do “princípio da precaução”. Por que não integrar a difícil questão do nexo causal em saúde mental e trabalho ao princípio da precaução?

exames químicos, entre outros, fazendo aumentar o poder dos médicos e a especialização do saber (Anspach, 2011). Ocorre um deslocamento da narrativa do sujeito sobre sua experiência da doença, sintoma, mal-estar, desconforto, para a busca pelas patologias (Anspach, 2011). Desse modo, o sofrimento humano foi sendo paulatinamente interpretado como doença, patologia, transtorno, neurose, depressão. Como já referimos anteriormente, trata-se da medicalização – e consequente individualização, culpabilização e vitimização – de problemas cuja causalidade não estaria no corpo (biológico) ou nas instâncias psíquicas, mas nas relações sociais.

Além do silenciamento dos sujeitos, os diagnósticos não são práticas isentas de valores morais e ideológicos. Seria uma ingenuidade afirmar que o diagnóstico e onexo causal são atos objetivos com critérios científicos. É também uma prática social não neutra e carregada de simbolismos culturalmente determinados. Os próprios sistemas de classificação psiquiátrica também são conformados histórica e culturalmente, e por isso, os distúrbios psiquiátricos são mediados por convenções e significados sociais. Ou seja, a junção dos fatores históricos e culturais com biológicos e físicos do ambiente constitui o material dos distúrbios psiquiátricos (Fabrega, 1996). “A noção de sintoma mental está, desse modo, intrinsecamente ligada ao contexto social e particularmente ético no qual é elaborada, assim como a noção de sintoma físico está ligada a um contexto anatômico e genético” (Szasz, 1977, p. 21).

Dado esse caráter cultural e histórico, não é raro encontrar relatos de trabalhadores adoecidos que tiveram de lutar para provar seu adoecimento (Verthein e Minayo-Gomez, 2011). De alguma forma, instalam-se práticas concretas baseadas na suspeita de que os pacientes estão utilizando seus sintomas para ter ganhos secundários, o afastamento do trabalho e um benefício financeiro.

Esse procedimento acaba por colocar o sujeito trabalhador no papel de espertalhão e enganador, negando sua fala e sua narrativa de sofrimento. O profissional de saúde assume assim, sob o signo de sua autoridade legal-profissional e simbólica, um papel de agente moral cuja missão é interpretar mentiras e verdades, deixando em segundo plano o necessário auscultar das expressões e narrativas de sofrimento. Seria mais exato então falar em diagnósticos morais e em nexos morais, baseados nas pressuposições e interações suscitadas na relação face-a-face entre profissionais do serviço público e trabalhadores em atendimento.

Em síntese, o diagnóstico em saúde mental é um processo complexo demais e pode acabar sendo um diagnóstico moral baseado em julgamento critérios e valores culturalmente determinados.

Conforme destacava Berlinguer (1988), no fenômeno da doença estão interligando três componentes: um fato objetivo, corporal; maior ou menor conhecimento do mal, uma ideia e uma medida baseados nos interesses da época. E “um juízo de valor, uma interpretação ética, além da científica, que vale como guia de ação” (Berlinguer, 1988, p. 20).

Assim, o que determinaria a prática de diagnóstico de transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho? Por exemplo, quais as fronteiras entre o consumo cotidiano de bebidas alcólicas e o alcoolismo crônico relacionado ao trabalho ou entre a tristeza/desânimo e os episódios depressivos relacionados ao trabalho? Esse é um exemplo do conjunto de dificuldades que pode explicar a escassez de informações sobre saúde mental do trabalhador na rede de saúde.

Existe ainda outra questão: Quais as repercussões da confirmação de um diagnóstico de transtorno mental para a subjetividade dos trabalhadores?

Os efeitos dos diagnósticos

Em níveis individuais e grupais, estudos têm identificado impactos de um diagnóstico em saúde mental na vida dos trabalhadores, nas relações sociais, na visão de si mesmo e na sua autoestima.

O diagnóstico de depressão, por exemplo, altera a noção de virilidade de muitos trabalhadores e suas relações familiares causando-lhes repercussões negativas (Moulin, 2012) mostrando que nomear uma manifestação singular do trabalhador como doença, ao invés de emancipar, pode aprisionar o trabalhador no discurso médico.

Em nível coletivo, essas ações podem significar a formação de uma subjetividade de adoecidos, em um jogo discursivo tão incapacitante quanto excludente. Trabalhadores diagnosticados como portadores de distúrbios mentais têm sua trajetória moral e social alterada em função do veredito médico-sanitário. Essa prática, para o trabalhador, pode significar a “certeza” de ser portador de um transtorno, munindo-o da informação necessária para iniciar uma nova trajetória em busca dos direitos e benefícios de um adoecido.

Não estamos negando a existência de transtornos, mas afirmando a complexidade da saúde mental e a necessidade de cuidado e atenção no trato com essa dimensão da vida humana que, ao longo do tempo, vem transformando questões psicossociais em problemas médicos-psiquiátricos (Conrad, 2007). Esse cuidado é fundamental, porque a construção de uma subjetividade reduzida à doença, em última instância, se torna uma prática de eliminação

dos “mais fracos” psiquicamente, podendo transformar um conjunto de trabalhadores em “vidas indignas de serem vividas”, conforme salienta Agamben (2007).

Afinal, a tendência de patologização dos trabalhadores – a transformação das pessoas em transtornadas – pode criar um mecanismo de exclusão do mercado de trabalho além de repercussões na família, na comunidade e na vida social.

Esses diagnósticos não estariam servindo para induzir caminhos e formas de subjetivação reduzidas ao adoecimento? Em caso positivo, essa prática de subjetivação beiraria um perigo: ser um dispositivo de eliminação simbólica e social dos trabalhadores. Uma espécie de política de morte – tanatopolítica – no sentido de Agamben, na medida em que busca dar essa forma à classe trabalhadora: adoecida mentalmente³⁵.

Como exemplo dessa vida indigna de ser vivida, Agamben (2007, p. 149) cita a eliminação de mais de sessenta mil doentes mentais na Alemanha do Terceiro Reich. Tratava-se de um programa eugênico, revestido de um discurso estaticamente belo e humanitário, bem presente nas ações de Hitler. E por que Hitler executaria esse programa de eutanásia eugênica?

“Não resta outra explicação além daquela segundo a qual, sob a aparência de um problema humanitário, no programa estivesse em questão o exercício, no horizonte da nova vocação biopolítica do estado nacional-socialista, do poder soberano de decidir sobre a vida nua” (Agamben, 2007, p. 148). A vida indigna de ser vivida, portanto, não é um conceito ético e moral concernente aos indivíduos, mas político, ligado ao poder soberano e sua decisão sobre a vida matável. Ou seja, o Estado escolhe quem determinar como doente e que destino lhe dar.

Importante mencionar a ligação existente entre os psiquiatras brasileiros e as práticas psiquiátricas na Alemanha nazista, verificada entre os profissionais da Liga Brasileira de Higiene Mental, que inclusive publicou na íntegra a Lei assinada por Hitler sobre a esterilização dos doentes “transmissores de taras”, nos *Archivos Brasileiros de Hygiene Mental* (Ribeiro, 1999).

Uma das primeiras leis do Terceiro Reich foi promulgada em 18 de outubro de 1933 e regulava a “*proteção da saúde hereditária do povo alemão*”. Ela previa que a doença mental poderia impedir um casamento, por ser indesejável para a comunidade nacional. Opera-se aí a prática política que busca “dar forma à vida de um povo”.

³⁵ Uma questão importante a ser desenvolvida em novas investigações diz respeito à problematização sobre os efeitos de um diagnóstico para o cotidiano dos trabalhadores. Seria esse processo uma manifestação da biopolítica no campo da saúde do trabalhador?

Nessa direção, em que medida os dispositivos relativos à saúde mental dos trabalhadores não correm o risco de dar uma forma adoecida (mentalmente) à classe trabalhadora quando buscam apenas decifrar sentimentos e afeições enquadrando-os em categorias psiquiátricas? Conforme argumenta Agamben (2009), os dispositivos são práticas, saberes, regras, discursos que levam a processos de subjetivação. Assim, os enunciados, discursos e práticas medicalizantes para as questões mentais dos trabalhadores podem ser vistos como dispositivos (normas técnicas, práticas e enunciados científicos) de captura dos sujeitos trabalhadores, transformando-os em sujeitos transtornados. Um verdadeiro processo de construção social de sujeitos adoecidos se forma, facilitado por engrenagens no campo da saúde que focalizam os transtornos mentais e dele dependem para dar visibilidade à saúde mental na rede. Nesse sentido, a epidemiologia da saúde mental e as práticas de diagnóstico de doenças não seriam instrumentos caça doenças que produzem o fenômeno que tanto querem combater?

As práticas dos serviços médicos das empresas e alguns dispositivos de saúde do trabalhador – encaminhamentos médicos e psiquiátricos realizados pelos Cerest, levantamentos de problemas em saúde mental sob a ótica da epidemiologia tradicional, preocupações exclusivas com a evidência e diagnóstico clínico-psiquiátrico para a notificação dos agravos – não revelariam o diagnóstico de uma epidemia e sim uma epidemia de diagnósticos?

A transformação de uma ampla gama de insatisfações dos trabalhadores com o *status quo* do atual momento de organização do trabalho em patologia de notificação obrigatória não seria um dispositivo de controle e patologização presente nas práticas de vigilância? Afinal, nesses moldes, a saúde pública primeiro psiquiatrizava os sujeitos para depois intervir. Um contrassenso se forma: a mesma saúde pública que faz a crítica da psiquiatrização, a ela se submete e dela depende no campo da vigilância.

Não estamos negando a importância das notificações, mas consideramos ser inadequado utilizar o mesmo instrumental de vigilância de doenças infecciosas, parasitárias, crônicas ou causas externas para os problemas de saúde mental. Pois, conforme orientações do Ministério da Saúde (2007), a notificação dos transtornos mentais dos trabalhadores só deve ser feita para os casos confirmados.

Ocorre que nem todos os problemas de saúde pública demandam o conhecimento sobre casos confirmados para o planejamento e execução de intervenções coletivas e, por isso, demandam meios de coleta e monitoramento mais ágeis (Teixeira, *et al.*, 2003).

Essa ideia dos “casos confirmados”, acaba valorizando mais as patologias que toda a variedade de fenômenos elencados pelas perspectivas teóricas em saúde mental e trabalho, como demonstrado no capítulo 3 – sofrimento, defesa, estresse, fatores psicossociais, violência psicológica, assédio moral. Em consequência, as múltiplas maneiras de abordagem que demandam ainda não foram absorvidas pelo SUS, que tende a focalizar apenas os transtornos. Porém, o conceito de transtorno e doença mental obscurece “o fato cotidiano de que a vida, para a maioria das pessoas, é uma luta contínua, não pela sobrevivência biológica, mas ‘por um lugar ao sol’, ‘paz de espírito’, ou algum outro significado ou valor” (Szasz, 1977, p. 28-29).

A ideia de doença mental funcionaria como um mito moderno, similar à função do mito na religião, para disfarçar os conflitos nas relações humanas. E assim, ela opera uma redução em que toda a complexidade dos fenômenos sociais passa a ser lida como uma doença individualizada. Por isso, Szasz (1977) considera a doença mental uma questão de eventos sociopsicológicos e essa categoria deveria ser revista e retirada do rol das patologias e ser considerada apenas “como expressão do esforço do homem com o problema de como ele deveria viver” (Szasz, 1977, p. 28). Ou seja, o ser humano teria, na verdade, um problema existencial, cujas fontes são sociais, biológicas, políticas, econômicas, psicológicas.

Dentre os elementos que conformam esse problema existencial do ser humano, o trabalho tem destaque, dado seu lugar central para organização da sociedade e das relações sociais. É, por isso, que quando a análise dos conflitos entre as exigências da organização do trabalho e os sujeitos trabalhadores é reduzida a uma leitura apenas sobre a existência de psicopatologias do trabalho nos indivíduos contribui, em última instância, para agravar o quadro de problemas, porque acaba compondo um amplo discurso social que produz os sujeitos adoecidos.

Assim como a idade média produzia as feiticeiras, por um processo social de atribuição de um papel ao outro, existe um processo contemporâneo de fabricação do doente mental³⁶. “Cada vez que psiquiatras criam uma nova regra de saúde mental, criam uma nova classe de indivíduos mentalmente doentes” (Szasz, 1978, p. 27).

Certamente, a existência de psicopatologias do trabalho não deve ser negada. Isso não implica, entretanto, em fazer delas a referência principal para a intervenção da vigilância.

Buscar nomear uma ampla gama de manifestações como psicopatologia individual pode ser uma armadilha no campo da saúde. Pode ser um modo de operar a patologização dos

³⁶ Esse processo se dá em três etapas: Acontecimento, Explicação e Controle Social.

trabalhadores por meio de dispositivos sanitários³⁷. Em última instância, isso se torna um mecanismo político para “dar forma à vida de um povo” (Agamben, 2007, p. 155), porque formata trabalhadores em classificações psiquiátricas. E, assim, a patologização do trabalhador funcionaria como uma ideologia que acoberta as contradições dos processos de trabalho.

Todos esses dilemas quanto à notificação e ao diagnóstico em saúde mental indicam a insuficiência da vigilância dos agravos e o quanto ela pode cooperar como um dispositivo patologizador, já que a maneira de compreender os fenômenos em saúde mental faz parte do seu próprio processo de criação.

A saída para muitos desses dilemas é a profanação dos dispositivos de patologização (Agamben, 2009), operado por um processo desacralizador de toda essa engrenagem clínica e epidemiológica, como critérios válidos para desencadear ações. No caso da saúde mental do trabalhador, o ato de profanar passa pelo questionamento crítico e contundente dos cânones médicos e psiquiátricos como critério hegemônico para ações válidas perante o Estado nas suas instâncias jurídicas e na previdência.

Por isso, é crucial que outros meios e estratégias, no interior das práticas em saúde, rompam com a história marcada por dispositivos de patologização. Assim, sem pretender resolver essa questão, destacamos a seguir e no próximo capítulo, conceitos e práticas de produção de informação/intervenção possíveis, para além da identificação, notificação e tratamento dos agravos à saúde mental.

O ponto que destacamos é a importância e relevância de desenvolver novos embasamentos para ir além da coleta e registro dos agravos à saúde mental e de práticas, porque o modo como a questão vem sendo tratada no SUS demonstra os limites dessas abordagens, mesmo que avancem em termos de não se limitar aos atendimentos individuais e terapias.

Para contribuir no avanço da vigilância da saúde mental dos trabalhadores, apontamos princípios e elementos teóricos para subsidiar a análise da abrangência e especificidade da saúde mental. Para isso, convém questionar o que de fato se quer dizer por “saúde mental”.

O mental da vigilância em saúde mental

³⁷ Para Agamben (2007), a conexão entre medicina e política, além da relação entre a polícia e política de saúde – verificada historicamente nas práticas de saúde pública conformadas em torno da “polícia sanitária” – seriam características da biopolítica.

Já foi demonstrado até aqui a diversidade dos conceitos, métodos e práticas em saúde mental dos trabalhadores e as limitações dos dispositivos presentes no SUS. A questão seria como compreender as complexidades dos fenômenos de saúde mental e trabalho (o sofrimento, a subjetividade, a dinâmica psicossocial) – essa dimensão humana – no âmbito do SUS. Quais então os aspectos *mentais* da saúde do trabalhador?

Em linhas gerais, o campo da saúde mental é difícil de ser delimitado em suas fronteiras. Não pode ser reduzido ao estudo e tratamento das doenças mentais, pois não é apenas psiquiatria e semiologia. Ele é, na verdade, uma complexa rede de saberes em que se entrecruzam psiquiatria, neurologia, psicologia, psicanálise, neurociências, fisiologia, filosofia, antropologia, filologia, sociologia, história, geografia (Amarante, 2007).

A natureza desse campo nega uma filiação e adesão a um paradigma de verdade única e definitiva. Afinal,

...saúde mental é um campo bastante polissêmico e plural na medida em que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas. Qualquer espécie de categorização é acompanhada do risco de um reducionismo e de um achatamento das possibilidades da existência humana e social (Amarante, 2007, p. 19).

Quando se pensa a relação entre o trabalho e a saúde mental, a complexidade dos fenômenos em questão e a maneira de abordá-los não é menor. Cada abordagem teórica desta interface surgiu em um contexto histórico específico do qual emergem entendimentos e práticas diferenciadas.

Ao longo da história ocidental podemos perceber quatro modos de estabelecer a relação entre a saúde mental e o trabalho: O trabalho na sociedade capitalista como pano de fundo ou substrato social utilizado como parâmetro de classificação de sujeitos normais/anormais (tipificados na categoria produtivos x improdutivos); o trabalho como elemento curativo nos dispositivos de internação e disciplinarização (manicômios, colônias de alienados); o trabalho como meio de reinserção social do paciente psiquiátrico; e o trabalho/processo de trabalho na gênese dos sofrimentos e doenças mentais.

Esse último aspecto – o trabalho e sua influência no processo saúde-doença mental – é composto por um conjunto de discursos, de diferentes matizes, que emergem de modo mais sistemático a partir da segunda metade do século XX, conforme expresso nos capítulos anteriores.

As abordagens do estresse, a psicopatologia do trabalho de linhagem francesa, as psicossociologias, as abordagens do desgaste, psicodinâmica do trabalho, clínica da atividade

problematizaram diferentes aspectos da saúde mental dos trabalhadores. Ao conjunto dessas somam-se as clássicas tradições da epidemiologia, toxicologia e as mais recentes e inovadoras neurociências. Cada uma das abordagens constrói conceitos e práticas específicos e toma para si objetos de análise situando-os nos limites de seus conhecimentos, gerando linhas de pesquisas e formando grupos de pesquisadores.

Difícilmente existe um diálogo entre elas. E nem ao menos sabemos se isso seria possível, já que estão filiadas a bases epistemológicas muito diferentes. Esse dilema pode levar a práticas de intervenção sobre o “estresse”, ou sobre o sofrimento criativo ou patogênico, na tentativa de “ampliar o poder de agir dos trabalhadores”, realizar levantamentos epidemiológicos por meio de instrumentos psiquiátricos padronizados, buscar articulações clínicas para classificar os adoecimentos conforme os códigos de doenças, entre outros. É um campo de múltiplas práticas.

Isso suscita um dilema teórico-prático: como pensar instrumentos de intervenção integradores sem ignorar as disparidades na leitura dos fenômenos? Seria possível? A escolha entre uma ou outra abordagem para as ações na rede de saúde não significaria uma limitação do olhar, na medida em que releva certos aspectos e esconde outros? Esse dilema é inevitável e não queremos sustentar aqui a possibilidade de um olhar totalizador, capaz de cobrir e interpretar integralmente as situações. Afinal, existe uma diversidade e complexidade dos fenômenos em saúde mental e trabalho.

Tentar definir esse campo fenomênico – saúde mental – é uma pretensão fadada ao fracasso, pois seria uma tentativa de encapsular o incomensurável. Como dizia Erasmo de Rotterdam (2003), conceituar é apreender, aprisionar o fenômeno. E a definição reduz o fenômeno ao capturar apenas parte de sua totalidade.

O que seria, de fato, o mental do trabalhar ou do trabalhador? O que está em jogo nessa menção? Processos cognitivos, neuroquímicos, sensações e percepções? Capacidades cognitivas e comportamentais? O que se quer dizer com saúde “da mente”? Nesse ponto, as análises de R. Rorty (1994) são extremamente relevantes.

O filósofo americano faz a crítica da ideia de mente como espelho da natureza, algo que representaria fielmente a realidade. Ele retoma a discussão sobre a mente na filosofia, mostrando que o conceito da mente como alma do homem, que reflete o lado divino, uma substância imaterial e espiritual esteve bem presente na história do pensamento ocidental.

Da mesma forma, a noção de mente como um espelho que representa e reflete corretamente as coisas do mundo e da natureza é perceptível em boa parte da história da filosofia, sobretudo nos filósofos escolásticos.

No século XVII, no entanto, emerge de modo inédito uma noção que forja a separação entre eventos de uma vida interior e eventos de um mundo externo, contribuindo para a construção de uma dada esfera mental. Esse problema, inclusive, tornou a epistemologia central para a filosofia.

Essa divisão operada entre mente e corpo – localização de certas dores no corpo (portanto, não mentais) e sensações, imagens, alucinações na mente – procedem do pensamento dualista cartesiano. Descartes apresentou a noção de organismo composto com *res cogitans e res extensa*, e assim compreendeu-se o mental como aquilo que contrasta em natureza com o corporal. Ou seja, a mente estaria em contraste com o meramente físico (o corpo, a matéria)³⁸.

“A novidade foi a noção de um único espaço interno, onde sensações corpóreas e perceptivas (...), verdades matemáticas, regras morais, a ideia de Deus, disposições depressivas e todo o resto do que agora chamamos ‘mental’ eram objetos de certa observação” (Rorty, 1994, p. 62).

A partir de então, abriu-se na história da filosofia um leque de debates sobre essa temática. A ideia de faculdades superiores do homem, entidades mentais e processos psicológicos presente em Descartes e outros filósofos como Locke, foi intensamente debatida e criticada por Dewey, Ryle, Austin, Wittgstein, Sellars e Quiné. Até a atualidade as polêmicas sobre “a mente” persistem (Rorty, 1994).

O mental torna-se uma categoria com uma diversidade de sentidos, dentre os quais, podemos citar a mente como: I) representação da essência ou do conhecimento das essências; II) substância imaterial do homem – sua alma, o mundo dos afetos e emoções; III) aparelho psíquico formado por um inconsciente universal e a-histórico; IV) uma máquina processadora de informações, criadora de representações sobre o mundo externo. Esse último aspecto, inclusive é muito presente atualmente quando emerge a noção de sujeito neurônico.

O primeiro e o segundo aspecto, conforme salienta Rorty, percorrem a história da filosofia. Aqui a ideia da mente como algo do interior humano capaz de representar

³⁸ Os filósofos passam a entender os seguintes sinais do mental: a capacidade de conhecer a si próprio incorrigivelmente, a capacidade de existir separadamente do corpo, na não-espacialidade (ter uma parte ou elemento não espacial), na capacidade de apreender universais, capacidade de sustentar relações com o inexistente, capacidade de usar a linguagem, capacidade de agir livremente, capacidade de ser parte de um grupo social, incapacidade de ser identificado com qualquer outro objeto “no mundo”. (Rorty, 1994).

verdadeiramente a natureza das coisas ou como a sede das paixões e das emoções, ou a substância espiritual dentro do ser humano.

O terceiro aspecto – mente como um aparelho psíquico inconsciente – remete à toda uma tradição do pensamento ocidental oriunda da psicanálise freudiana, para quem os processos inconscientes são centrais no funcionamento do psiquismo humano. Através do método clínico, a psicanálise busca analisar as relações objetais, a formação psíquica do sujeito, o desconforto do ser humano na cultura, as manifestações do inconsciente nas ações cotidianas e os conflitos entre as pulsões sexuais, os mecanismos de defesa do ego e as diferentes instâncias psíquicas (Freud, 1974; Mezan, 1982; Azevedo, 2003).

Nessa tradição, o inconsciente é compreendido como atemporal (não está limitado à lógica do tempo cronológico) e universal (uma formação presente em todo indivíduo, em qualquer região geográfica e tempo histórico). A psique, portanto, estaria em relativa independência no que tange aos processos corporais e cerebrais.

O quarto aspecto está muito presente na atualidade, pois existe uma tendência de mapeamentos cerebrais para verificar as imagens em momentos de felicidade, tristeza, medo, vergonha com o propósito de distinguir padrões de atividade normal e anormal.

A ideia é que a mente humana funcionaria como um processador de informações através das conexões neuronais e outros processos químicos. No bojo dessa tradição, tem crescido a ideia de que toda patologia mental necessariamente envolve o cérebro e a neuroquímica (neurônios, sinapses, neurotransmissores, enzimas etc.) (Rose, 2003).

Isso tudo tem gerado as sociedades psicofarmacológicas, nas quais as subjetividades são controladas pelo uso de drogas. Sintomas de doença mental passam a ser tratados por medicamentos tranquilizantes e antidepressivos. E, cada vez mais, essa visão é presente entre médicos, psiquiatras e demais categorias profissionais, espalhando-se também em espaços privados, em especial, nas relações familiares.

Essa ênfase emergiu entre as décadas 1950 e 60, associada a um lucro exorbitante da indústria farmacêutica. Se no século XIX os hospícios viraram um “bom negócio”, no século XX foi a vez das psicoterapias e atualmente ganha relevo a psicofarmacologia. Pode-se falar não apenas em biopolítica, mas em bioeconomia (Rose, 2003).

Considerando essa discussão, a saúde mental dos trabalhadores remeteria à compreensão das manifestações patológicas, transtornos e alterações na personalidade ou nas funções e processos mentais (memória, percepção, inteligência, pensamento, etc.), sintomas e manifestações psíquicas. Por outro lado, apresentaria concepções positivas, ressaltando o bem-estar do sujeito, em relação à sua condição psicológica, econômica, social e cultural.

O que queremos salientar é que a noção de saúde “mental” é imprecisa e limitada para designar os fenômenos em pauta nas relações entre a subjetividade e o trabalho. Essa imprecisão deixa margens para compreender a saúde mental dos trabalhadores como situações do interior do indivíduo. Isso retira a mente ou os fenômenos mentais do âmbito das relações sociais e práticas linguísticas, situando-a como órgão ou dimensão isolada que, induzida ou autonomamente, seria capaz de produzir alterações no comportamento dos sujeitos. A mente ou a psique estariam assim percebidas como o lugar das perturbações (Ricoeur, 1992). Ou seja, a mente como esfera de impacto e a psique alterada como resultado das pressões da organização do trabalho.

A abordagem chamada psicossocial - tanto as perspectivas da psicossociologia e da análise institucional como o campo da atenção psicossocial - tem sido utilizada mais recentemente como uma tentativa de compreender a ordem da subjetividade em seus atravessamentos psíquicos, sociais, culturais e econômicos, contribuindo para superar esse modelo mental. A insatisfação com o termo saúde mental em diversas áreas do saber deu espaço para o uso dessa expressão psicossocial. Esse último termo é utilizado na tentativa de reduzir a distância entre o nível individual (psicológico, mental, cerebral) e o nível das relações sociais (Duarte, 1994).

Muito da trajetória do que tem sido chamado no Brasil de “saúde mental e atenção psicossocial” caminha nessa direção ao abordar os fenômenos e sujeitos em sofrimento por meio da perspectiva psicossocial, fazendo a crítica às instituições psiquiátricas e ao modelo psiquiatrizante. Nessa linha, a loucura deixa de ser considerada um problema da mente individual para ser entendida como um modo de existir, como uma subjetividade. Essa nova concepção mobiliza a rede de serviços e práticas no SUS na tentativa de superar o modelo manicomial, incorporando a lógica da comunidade e do território (Quintas, Amarante, 2008).

Essa trajetória e seu acúmulo teórico-institucional podem trazer luz para que as ações em saúde mental do trabalhador não reproduzam padrões históricos que funcionem como prática de controle social e de fabricação de sujeitos trabalhadores adoecidos e supere o modelo mental.

A busca da superação do modelo mental é crucial para a vigilância fazer a passagem das práticas clínicas voltadas para os indivíduos para ações coletivas. Até porque a noção de mental como esfera individual e uma dimensão distinta do corpo físico pode levar à dicotomização das práticas em saúde física e saúde mental, subsidiando ações segmentadas sobre os riscos e impactos no corpo e no plano físico dos trabalhadores, deixando na invisibilidade os aspectos que afetam a subjetividade dos trabalhadores.

A superação da dicotomia corpo-mente, físico-mental, subjetivo-objetivo, é um sério desafio para uma vigilância que integre a saúde mental do trabalhador. Além disso, é preciso buscar a superação de ênfases individuais, voltadas a compreender a mente dos indivíduos (seu sofrimento) em descompasso com as interrelações.

O modelo mental induz a pensar os fatores do trabalho que impactariam a mente dos trabalhadores. A ideia de relações do sujeito com o contexto de trabalho, conforme salientamos no capítulo 3, pode contribuir nessa direção, chamando atenção para a indissociabilidade entre aspectos materiais, sociais e técnicos do contexto e a subjetividade. Para nós, a noção de produção de subjetividade corrobora e contribui com essa noção, visando superar a limitada ideia de mente como lugar interior da pessoa.

Superação de dicotomias

O antigo dilema indivíduo-sociedade é bem evidente quando se trata de compreender os problemas de saúde mental dos trabalhadores frente à organização do trabalho. A pergunta pela causalidade é prova disso: O que está na origem do sofrimento? As mudanças na sociedade ou a inadaptação dos indivíduos às exigências contemporâneas? A fonte do sofrimento seria o indivíduo, sua história e formação psíquica ou seria o conjunto de situações sociais de seu contexto de trabalho que influenciam seus modos de viver e sofrer? Ou ambos? O que distinguiria o sofrimento como parte da vida, do sofrimento originado socialmente pelas condições de trabalho?

Autores pós-estruturalistas, a partir da década de 1960, trouxeram alternativas ao clássico debate das ciências sociais (Marx, Weber e Durkheim) quanto às relações indivíduo-sociedade, por meio da noção de produção de subjetividade. Ela permite escapar das lógicas binárias de “sociedade no indivíduo”, “indivíduo na sociedade” ou “sociedade *versus* indivíduo”.

A produção de subjetividade traz a ideia de que o sujeito seria uma invenção, uma fabricação histórica moldada por uma rede complexa de situações. A subjetividade não seria uma dimensão interna no indivíduo, mas um produto das redes da história “produzida nos registros coletivos da sociedade e da cultura, através de mecanismos e estratégias os mais diversos que definem modos de existência regulados por leis, verdades e crenças produzindo subjetividades e formas de vida” (Torre e Amarante, 2001, p. 76).

Subjetividade, portanto, não remete à dimensão interna, psíquica ou mental do indivíduo, como instâncias isoladas, mas à produção social e sempre coletiva dos modos de sentir, pensar e agir.

Trata das interrelações e atravessamentos entre os sujeitos e a ordem social. Nesse sentido, não haveria uma natureza humana como algo dado. Ao contrário, a subjetividade seria forjada pelos variados elementos da sociedade. Esses seriam os agenciamentos coletivos de subjetivação.

Nas sociedades arcaicas, os mitos e ritos de iniciação modelavam as posições subjetivas de cada indivíduo no interior de uma faixa etária, sexo, função e etnia. Nas sociedades industriais desenvolveu-se o equivalente desses ‘sistemas de entrada em agenciamentos subjetivos’, mas sob formas padronizadas e produzindo apenas uma subjetividade serializada (Guattari, 1992).

Sob este enfoque, os sujeitos não possuiriam uma natureza, mas seriam formados através de longos e complexos caminhos, engajando, através da família, da escola, sistemas “maquímicos”, tais como a televisão, a mídia. Todas as facetas da subjetividade (cognitiva, afetivas, perceptivas, volitivas, mnêmicas) seriam modeladas dessa forma (Guattari, 1992).

Se a subjetividade é formada nas malhas da história, podemos afirmar que existe uma subjetividade em produção dentro dos modos capitalistas de organizar os espaços de trabalho e consumo.

Nesse sentido, não haveria uma dada essência humana que no processo de trabalho entraria em “desgaste físico e mental” ou mesmo ocorreria uma “corrosão do caráter” dos trabalhadores. Existiria sim a produção de uma subjetividade particular.

A psique, em essência, é a resultante de componentes múltiplos e heterogêneos. Ela envolve, sem dúvida, o registro da fala mas também meios de comunicação não-verbais, relações com o espaço arquitetônico, comportamentos etológicos, estatutos econômicos, relações sociais de todos os níveis, e, ainda mais fundamentalmente, aspirações éticas e estéticas (Guattari, 1992, p. 200).

Uma das implicações dessa noção para a vigilância é a ampliação do seu olhar. Ela não apenas deveria eleger como objeto a patologia do indivíduo ou grupo de trabalhadores, mas sim o lugar do processo de trabalho na produção de subjetividade.

Esse embasamento para a Visat levaria a incluir todo o contexto dos processos de produção de subjetividade forjados no trabalho, indo além da identificação de riscos ou fatores que impactam a natureza do indivíduo – especialmente em seu interior, alma ou mente – reconhecendo, ao invés disso, os processos de subjetivação e resistência em jogo dentro de cada contexto laboral. Ou seja, as relações dos sujeitos em suas situações laborais.

A noção de produção da subjetividade se apresenta como uma importante base teórica para a superação das dicotomias indivíduo-sociedade, físico-mental, corpo-alma, no âmbito da Visat, compreendendo o sujeito e suas relações.

A recusa em dividir o sujeito entre mente e corpo, em sofrimento psíquico e sofrimento corporal, a partir da noção de produção de subjetividade, contribui para integrar aspectos objetivos e subjetivos dos processos de trabalho. Afinal, todo o contexto de trabalho – riscos e relações – afetam os sujeitos em sua integralidade.

Dada essa discussão, qual seria abrangência e a especificidade da saúde mental relacionada ao trabalho a ser considerada pela vigilância?

Os fenômenos em saúde mental abrangem todos as dimensões e objetos já reconhecidos e considerado na vigilância em saúde do trabalhador (produtos perigosos, acidentes de trabalho, riscos físicos, químicos, biológicos, entre outros) e ao mesmo tempo possui particularidades. Por isso, ela não deveria ser isolada de outros problemas ou ser interpretada como questão menor no cenário dos riscos e contextos dos processos de trabalho.

Quando a saúde mental é separada e isolada dos outros problemas (como acidentes de trabalho, riscos e perigos relativos ao trabalho) ela fica encoberta ou passa a ser tratada de modo secundário nas ações de intervenção.

Os fenômenos da ordem mental (sofrimentos diversos, desânimo, tristeza, queixas, depressão, assédios, estresse, transtornos, entre outros) estão imbricados em todas as outras situações e riscos dos processos de trabalho.

Os contextos de exposições a químicos (agrotóxicos, benzeno, amianto e outros), as condições ambientais do trabalho (riscos ocupacionais), as formas de organização/gestão do trabalho, independente do setor, se entrelaçam com os sujeitos nele envolvidos. E esse complexo atravessamento entre sujeitos trabalhadores e aspectos materiais, físicos, químicos, biológicos, culturais, organizacionais, grupais ligados aos processos de trabalho, implica na ampliação do olhar da vigilância, induzindo-a a superar a dicotomia objetivo x subjetivo. Isto é, romper a segmentação entre a organização, condições, relações de trabalho (aspectos objetivos) e sujeitos trabalhadores (aspectos subjetivos), pois não se pode distinguir a organização do trabalho como da ordem subjetiva e as condições de trabalho como algo objetivo.

Quando a vigilância, na prática de intervenção, passa a distinguir rigidamente os aspectos objetivos do trabalho, separando-os dos subjetivos, ela opera uma simplificação da realidade e, em geral, a saúde mental acaba sendo considerada um problema dos sujeitos trabalhadores, uma questão subjetiva, interior, individual.

Deslocar a saúde mental para a dimensão subjetiva (entendida como questão interna aos indivíduos) pode favorecer à culpabilização e vitimização das manifestações de sofrimento dos trabalhadores. Além disso, essa segmentação da saúde mental para o “mundo interno” pode contribuir para manter na invisibilidade os elementos da organização do trabalho que pressionam e fazem irromper sofrimentos. E também corrobora para a manutenção das atuações psicologizantes e medicalizantes, na medida em que responsabiliza a clínica, de um lado, para compreender e tratar os aspectos subjetivos (os sujeitos com dificuldades, sofrimento e transtorno) e, de outro, a vigilância, para identificar aspectos objetivos.

Daí a importância de subsidiar a vigilância com referenciais sobre saúde mental que evidenciem sua abrangência e especificidade sem remetê-la ao mundo particular e interior dos indivíduos. Em outras palavras, apresentar elementos e pressupostos que contribuam para superar a dicotomia objetivo/subjetivo e à noção do mental como algo do mundo dos sentimentos que se contrapõe aos fenômenos corporais.

Um subsídio teórico para a Visat passa pela diretriz de não dicotomizar ações de análise-intervenção nos processos de trabalho, entre aspectos físicos, materiais, objetivos e aspectos subjetivos, mentais-interiores e psicológicos, para favorecer a integração da temática, sobrepujando a segmentação entre o “lado de fora e lado de dentro” dos sujeitos. Isso contribui para não fragmentar as ações em vigilância dos agravos, vigilância dos riscos e a vigilância do processo e organização do trabalho.

Nesse sentido, as ações de vigilância já preconizadas no planejamento devem incorporar a saúde mental a partir da avaliação integrada de todos os aspectos do trabalho (relações, condições de trabalho, riscos, métodos de organização e gestão), compreendo suas repercussões na saúde dos trabalhadores enquanto múltiplas manifestações de sofrimento (desde doenças e transtornos a complicações psicossociais). A nosso ver, isso pode oferecer respaldo para as negociações coletivas e para o encaminhamento de mudanças no processo de trabalho benéficas para a saúde mental.

Do contrário, isolar a saúde mental do conjunto de problemas do processo de trabalho sob intervenção pode deixar os profissionais nas ações de Visat sem respaldo para encaminhar ações aos órgãos competentes e dificultar a implementação de mudanças efetivas no trabalho. Obviamente a saúde mental tem especificidades, mas não deveria ser isolada.

A integralidade do trabalho, enquanto questão social, econômico-material e psicológica-simbólica não deve ser fracionada para favorecer a superação de intervenções em um ou outro aspecto da realidade. Isso porque todo aspecto material, simbólico, social do

trabalho se imbrica nos sujeitos. Uma demissão, cobranças excessivas, acidentes, novos ritmos, relações, jornadas, salário, entre outros aspectos, afetam representações dos sujeitos sobre si mesmos, sobre os outros e sobre o trabalho. O trabalho desperta sentimentos diversos (frustração, medo, indecisão, dúvida, tristeza) entre os trabalhadores e todas essas expressões e manifestações coletivas de mal-estar devem direcionar o olhar da vigilância para o trabalho a fim de buscar compreender suas contradições e propor mudanças efetivas que favoreçam o bem-estar.

Esse pressuposto do caráter transversal do trabalho (atravessamentos mútuos entre sujeitos e o contexto laboral) deve direcionar práticas mais holísticas, evitando a segmentação da análise do processo de trabalho.

Aliás, analisar é decompor, dividir o fenômeno em partes. Assim, são colocados em verificação os elementos do processo (características do ambiente de trabalho, artefatos, mobiliário, entre outros). Fala-se em riscos químicos, físicos, biológicos, que afetam o organismo dos trabalhadores e também dos riscos, fatores e aspectos psicossociais, que afetam o aparelho psíquico. É nesse momento que as práticas acabam distinguindo aspectos que impactam a saúde física e outros a saúde mental. A análise integrada do processo de trabalho contribui para superar esses dilemas.

Com isso, não queremos ignorar as questões específicas em saúde mental. Quais seriam elas? Quais os fenômenos mais particulares da saúde mental relacionados ao trabalho?

Categorias em saúde mental e trabalho

A nosso ver, as situações podem se apresentar como transtornos mentais e do comportamento, incapacitantes (principalmente aqueles decorrentes de lesões e intoxicações por metais pesados), sofrimentos psíquicos e psicossociais.

A análise da relação saúde mental e trabalho, então, integra tanto manifestações como cansaço, esgotamento, angústias, estresse, riscos psicossociais, sofrimentos, violência psicológica, assédios, quanto lesões e transtornos.

Os fenômenos não estão restritos a afecções mentais, orgânicas e cerebrais decorrentes de exposição a produtos químicos perigosos e não se esgotam na discussão sobre o inconsciente dos grupos de trabalho ou na dinâmica sofrimento/defesa, entre outros.

Os fenômenos são amplos e variados englobando as alterações no funcionamento do cérebro e na cognição, as intoxicações e os problemas neurológicos e as lesões no sistema nervoso quanto as questões psíquicas e psicossociais.

Figura 2 - Fenômenos em saúde mental dos trabalhadores

Fonte: autor

Falar em saúde mental e trabalho é abrir um leque amplo de fenômenos humanos (sociais, biológicos, culturais, psicológicos), de determinações variadas, que devem ser investigados atentamente nos contextos onde emergem por uma pluralidade de atores, instituições, disciplinas, instrumentos e meios.

As manifestações do sofrimento são múltiplas e abrangem problemas que afetam o cérebro humano, o sistema nervoso e as funções psicológicas (memória, atenção, fala, capacidade de tomar decisão), pois esses têm relação com impactos dos riscos e produtos perigosos utilizados nos processos de trabalho sobre o organismo humano.

Além disso, em saúde mental existem os demais fenômenos em que não existe uma lesão no corpo humano ou no cérebro. Essas outras são manifestações diversas de mal-estar e sofrimento, tão importantes de serem reconhecidas quanto as patologias e as lesões. Referem-se às angústias, aos traumas, às tristezas, ao desânimo, desesperança, aos sentimentos de fracasso suscitados nos sujeitos. Independente de tipo de manifestação, o foco de uma análise, do ponto de vista da vigilância, deve estar no processo de trabalho como indutor das manifestações de sofrimento diversas.

Afinal, uma saúde pública dirigida a promover a saúde e não preferencialmente a cuidar da doença, deverá entender e trabalhar a premissa de que os homens não possuem

apenas necessidades, mas também “*desejos e medos e que o sofrimento precisa ser atendido*” (Sabroza, *apud* Guimarães *et al.* 2011, p. 295).

Sufrimento social e vigilância

Neste ponto, consideramos importante apresentar o conceito de sofrimento social como categoria integradora das dimensões da saúde mental assinaladas acima, compreendendo esse sofrimento e saúde mental como dimensão coletiva.

As análises de Emmanuel Renault (2008) contribuem para essa discussão, na medida em que problematiza a categoria sofrimento e suas expressões físicas, psíquicas e psicossociais. Segundo esse autor, em geral, o termo sofrimento designa o resultado de uma insatisfação durável e insuportável de necessidades do eu, da repressão de tendências e do conflito entre elas, ou de uma indisponibilidade de seus objetos e inadequação dos meios de sua satisfação. Existem diferentes necessidades do eu e o sofrimento toma conteúdos diferentes em função das insatisfações e necessidades em jogo.

Por necessidade do eu se compreende um conjunto de necessidades fundamentais ligadas às dimensões corporal, psicológica e social da existência. Essa ideia, ligada à psicologia social, circunscreve um ponto de vista de um indivíduo como sujeito de necessidades não somente econômicas ou sociais, mas também psicológicas.

O sofrimento não é um simples desprazer. Ele aponta a insatisfação durável de tendências fundadas nas necessidades fundamentais, geralmente focadas nessas três dimensões. As necessidades relativas ao corpo (eu corporal), ao processo de estruturação do psiquismo individual (eu psíquico) e ao processo de individualização (eu social). Elas geram distinções sobre os diversos tipos de sofrimento: sofrimento físico, psíquico e psicossocial, que estão imbricados e não são independentes, mas são de tipos diferentes.

O sofrimento físico designa disfunções corporais, sofrimentos do corpo. Esse sofrimento não é exclusivamente fisiológico porque concerne também a um corpo erotizado, social e culturalmente condicionado. Todo sofrimento físico comporta uma dimensão psicológica e os sofrimentos psicológicos são, muitas vezes, intermediados pelo corpo (somatização). Alguns sofrimentos psíquicos, todavia, não se expressam no corpo.

Quanto ao sofrimento psicológico, dois tipos podem ser distinguidos: sofrimento psíquico e sofrimento psicossocial. O primeiro designa o eu como aparelho psíquico dotado de uma história que remonta à infância, e o segundo, como uma identidade pessoal construída na socialização.

Conforme Renault (2008), a ideia de eu psíquico não se restringe às fantasias, identificações e defesas em que a psique individual é constituída na infância, mas as maneiras pelas quais a psique reage aos acontecimentos eróticos e sociais fundamentais no curso da existência. A ideia de eu social designa não apenas a socialização secundária (não familiar), mas os processos de individualização que dependem da lógica de ajustamento intersubjetivo das expectativas e da validação intersubjetiva da relação positiva a si mesmo.

Baseado na concepção freudiana, as tensões entre as estruturas do aparelho psíquico individual, os conflitos do *id*, ego, superego, as contradições entre o princípio do prazer e o princípio da realidade e os conflitos de pulsões estão na origem dos sofrimentos psíquicos. As manifestações se atualizam em experiências de angústia frente à vulnerabilidade, às situações traumáticas, à perda do objeto ou à insatisfação das pulsões.

Os traumas e as neuroses situacionais também são fontes de sofrimento. Ou seja, existem dimensões intrapsíquicas que produzem angústia, traumatismo, perda ou conflito, e também situações sociais que ativam angústias, conflitos, traumatismos e conflitos passados.

Já a conceituação de sofrimento psicossocial traz à tona as experiências nas quais os indivíduos são confrontados com situações sociais contrárias a um conjunto de representações fundamentais e hábitos que governam sua relação consigo mesmos e com o mundo.

A psicologia social de Herbert Mead demonstrou que as condições de interação e ajustamento entre nossas expectativas e as dos outros criam subjetividades específicas, nas quais as lógicas sociais se inscrevem na psicologia individual (Souza, 2011).

De acordo com Renault (2008), a psicologia social da estigmatização, a sociologia clínica da vergonha e as teorias do reconhecimento que analisam sofrimentos específicos remetem a essa discussão.

Essas teorias oferecem outro argumento para a distinção do sofrimento psíquico do social, na medida em que apontam os sofrimentos éticos ligados às experiências de invisibilização, desprezo, estigmatização e humilhação. A perspectiva psicossocial afirma justamente que diferentes sofrimentos podem resultar do estilhaçamento da vida identitária. Elas apontam ainda a existência de uma dimensão intersubjetiva, relacional e política do sofrimento.

O sofrimento psicossocial pode se manifestar como sofrimento ético e moral. O domínio ético revela um conjunto de identificações e avaliações que constituem as coordenadas pelas quais os indivíduos confrontam o problema colocado para sua identidade e a partir deles tendem a organizar seus projetos de existência. Também aponta princípios segundo os quais os indivíduos devem se submeter em suas relações com os outros. Esse

domínio apresenta sofrimentos específicos, sobretudo quando os indivíduos são conduzidos a fazer o que consideram injusto ou indigno, imoral ou perverso.

A nosso ver, a ideia das manifestações do sofrimento (físico, psíquico e psicossocial) pode ser uma categoria crucial para a vigilância em saúde mental do trabalhador abarcar tanto as afecções cerebrais e transtornos orgânicos quanto os aspectos psíquicos e psicossociais que emergem nas relações sociais dos trabalhadores com seus contextos de trabalho.

Em síntese, essa categoria permite reconhecer o sofrimento de origem social que emerge nas relações do trabalho, como categoria que abrange os variados fenômenos em saúde mental e trabalho.

O sofrimento social pode ser compreendido como físico e psicológico (psíquico e social), experiências que brotam de contextos laborais determinados. Seguindo esse raciocínio, o sofrimento físico se manifestaria enquanto sensação de incapacidade por problemas físicos, dores relacionadas à *Ler/Dort*, transtornos orgânicos da personalidade, perda de capacidade de memória, raciocínio, fala e lesões cerebrais, entre outros.

Já as origens do sofrimento psíquico seriam as insatisfações quanto à autonomia, salário, tempo de trabalho, jornada, conflitos pessoais relacionados ao trabalho, conteúdo da tarefa para o sujeito, sentido do trabalho, medo de perder o emprego, sensação de incapacidade, entre outros. E o sofrimento psicossocial se manifestaria enquanto humilhações, sentimentos de fracasso, ameaças a identidade dos sujeitos e demais aspectos psicossociais.

As manifestações do sofrimento dos trabalhadores são questões de ordem relacional, ou seja, surgem em relação a algo (outros trabalhadores, normas técnicas, forças desiguais, métodos de avaliação, etc). O sofrimento do trabalho procede das múltiplas relações dos sujeitos no contexto laboral e não sendo uma doença isolada e algo natural.

Reconhecer essas manifestações de sofrimento específicas originadas nas relações de trabalho é um aspecto crucial para a Visat. Conforme discute Bourdieu (2011, p. 735), o sofrimento social, impulsiona à luta política e não à autocomiseração:

Levar à consciência os mecanismos que tornam a vida dolorosa, inviável até, não é neutralizá-las; explicar as contradições não é resolvê-las. Mas, por mais cético que se possa ser sobre a eficácia social da mensagem sociológica, não se pode anular o efeito que ela pode exercer ao permitir aos que sofrem que descubram a possibilidade de atribuir seu sofrimento a causas sociais e assim se sentirem desculpados; e fazendo conhecer amplamente a origem social, coletivamente oculta, da infelicidade sob todas as suas formas, inclusive as mais íntimas e as mais secretas.

É preciso considerar que as manifestações de sofrimento dos trabalhadores diferem do sofrimento como parte da vida, justamente porque têm origem social. Ou seja, ele é produzido socialmente na interseção das relações materiais, técnicas, sociais e organizacionais do trabalho com os sujeitos. Ora, se o sofrimento dos trabalhadores tem origem social, a maneira de enfrentá-lo precisa também social e não médica (Renault, 2008). Por isso a mobilização do conjunto de atores que implementam as práticas de vigilância é central para a identificação e resolução das situações geradoras dos problemas em saúde mental no trabalho.

A integração da saúde mental dos trabalhadores na Visat implica então em um processo contínuo e sistemático que visa identificar demandas e experiências de sofrimento originadas nos sistemas de trabalho.

Considerar o sofrimento gerado no entrecruzamento entre condições ambientais do trabalho (riscos químicos, físicos, etc.) e da organização das tarefas, funções, ritmos, horários, as relações hierárquicas e entre pares, leva a intervenções sobre a produção da subjetividade considerando esses elementos originadores como um conjunto de forças sociais (Torre e Amarante, 2001). E esses elementos constituem um campo de lutas para os trabalhadores enfrentarem os determinantes de seu sofrimento.

Se o sofrimento implica em uma tentativa de diminuição dos trabalhadores (não reconhecimento, baixos salários, estratégias de culpabilização, humilhações, pouca margem de escolha e participação, regras inflexíveis e injustas, entre outros), é decisivo buscar meios de fortalecer os próprios trabalhadores em sua condição de sujeitos autônomos para protagonizarem transformações no seu cotidiano.

Ações da vigilância em saúde mental do trabalhador compreendem necessariamente a mobilização das categorias sindicais, fortalecendo sua resistência social perante situações enfrentados em cada ramo econômico e processo de trabalho específico. Até porque, a diversidade dos processos de trabalho no Brasil requer processos particulares de investigação/ação, afinal cada setor, ramo produtivo, tipo de trabalho é peculiar e no seu cotidiano formam-se as experiências e geram-se sofrimentos.

A questão então não é propor estratégias gerais para uma vigilância em saúde mental como um modelo a ser seguido, mas reforçar a necessidade de se investigar as reais condições de cada contexto e situação de trabalho.

A psicodinâmica do trabalho, aliás, trouxe uma lição importante: não existe uma doença mental ou mesmo manifestação de sofrimento característica para cada profissão ou ramo de trabalho (Dejours e Abdoucheli, 1994). Nesse sentido, não podemos definir *a priori* determinados trabalhos causadores de problemas em saúde mental dos trabalhadores. O que

podemos identificar, em conjunto com os trabalhadores, são elementos presentes em cada contexto de trabalho que são geradores de angústias, insatisfações, conflitos, até mesmo sofrimentos mais graves, como os transtornos.

Esses pressupostos podem ser importantes subsídios para a criação de novas estratégias para indução e realização de atuações de produção de informação e transformação dos processos de trabalho no contexto da vigilância em saúde mental dos trabalhadores.

CAPÍTULO 6 - ESTRATÉGIAS PARA ATUAÇÃO DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR.

Após discutirmos alguns dilemas, aspectos críticos e subsídios teóricos para a integração da saúde mental na vigilância, abordamos nesse capítulo final o planejamento e a realização de intervenções.

Discutimos os processos da vigilância em saúde mental do trabalhador, apontando alternativas para gerar informações e projetando estratégias de intervenção pública sobre os processos de trabalho.

O que estamos nomeando aqui de vigilância em saúde mental do trabalhador é um conjunto de pressupostos, concepções e estratégias para identificação e atuação sobre os fenômenos relativos ao sofrimento em seus diferentes níveis. Ela envolve a indução, acolhimento e investigação das demandas, encaminhamentos e articulações para atenção psicossocial aos casos individuais mais graves, passando pela criação de instrumentos que capacitem a rede do SUS local a reconhecer o sofrimento dos trabalhadores e criar fluxos de trabalho que produzam informações múltiplas capazes de gerar planejamentos e ações com o foco nos coletivos.

É composta também por estratégias de nível territorial para identificação dos principais processos produtivos locais e suas possíveis repercussões na saúde mental e abarca ainda ações de intervenção nos processos de trabalho a partir dos elementos componentes da organização do trabalho, induzidas pelos Cerest, considerando a existência de uma heterogeneidade de situações locais e conjunturais com as quais cada Cerest deve lidar.

Partimos de pontos definidos e já existentes na rede de saúde pública como impulsionadores capazes de gerar possíveis linhas de atuação e pistas de como proceder no processo de vigilância com foco na saúde mental, considerando as etapas de preparação, planejamento, realização e avaliação.

A produção de informação em Visat

Do ponto de vista das ações, instrumentos e dispositivos da Visat no SUS, uma série de questões a serem debatidas diz respeito à produção de informação capaz de nortear o planejamento de intervenções. Ressaltamos a necessidade de ampliação das fontes, procedimentos e estratégias para produção de informações/intervenções em saúde mental, sem

pretender configurar meramente um quadro protocolar e prescritivo. A pretensão é traçar linhas de ação e pistas a partir das compreensões e experiências anteriormente mencionadas.

Em todo sistema de vigilância é crucial recorrer à fontes de dados, informações e indicadores, com intuito de eleger objetos prementes para a intervenção. Daí provém a clássica definição de vigilância como informação para a ação (Wunsch Filho *et al.*, 1993).

De fato, para deslanchar processos em vigilância são necessárias ações de coleta, registro, processamento, armazenamento e análise de dados, pois o acesso a dados e informações propicia a identificação de demandas, o planejamento e estabelecimento de prioridades de atuação (Hennington e Freitas, 2009).

Os dados podem ser obtidas por meio de sistemas de informação em saúde consolidados ou que poderão ser produzidos ao nível local: cadastro de estabelecimentos como fábricas, indústrias e empresas em geral; lista de atividades e processos produtivos e seus respectivos riscos ao trabalhador e ao ambiente; fichas de notificação e de investigação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho; entrevistas, questionários, relatórios de inspeção nos locais de trabalho, registros de imagens de ambientes e processos de trabalho; dados de programas e serviços públicos de saúde, sindicatos, associações e entidades civis (Hennington e Freitas, 2009).

Outras fontes de informação importantes para a Visat são: o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) e o INSS. Podem ser utilizados também os sistemas de informação, por exemplo, o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab); os Sistemas de Atendimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS; o Sistema Nacional de Notificação de Agravos (Sinan); os Sistema de Informação da Mortalidade (SIM), de Informações Hospitalares (SIH), de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), de Informações de Atenção Básica (Siab), de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) e de Informações sobre Agrotóxicos (SIA) e a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) do Ministério da Fazenda; Classificação Brasileira de Ocupação do Ministério do Trabalho e Emprego e a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10).

A maioria desses sistemas concentra informações de diversas ordens, agravos, transtornos e patologias (incluindo as mentais), com dados eminentemente quantitativos, pois “os indicadores tradicionalmente utilizados em saúde pública são indicadores epidemiológicos, quantitativos, e geralmente são expressos através de taxas, coeficientes e índices” (Hennington e Freitas, 2009, p. 120). Enfoques qualitativos e estudos antropológicos

e microsociológicos ainda não foram assimilados pelos sistemas de vigilância (Samaja, 1996).

Informações originadas sob o prisma epidemiológico procuram associar um conjunto de evidências relativas a sintomas clínicos ao contexto ocupacional-ambiental, considerando casos individuais ou um conjunto de populações (Porto e Finamore, 2012). Essa perspectiva estabelece uma linearidade entre eventos, riscos e agravos e seus elementos causais para produzir informações consideradas objetivas. A lógica é que uma vez detectados e analisados esses dados, seria possível criar ações e técnicas de controle e intervenção. Além do mais, enfatiza-se principalmente o processo de criação de informação.

Por isso, o âmbito da saúde mental demanda uma análise cuidadosa dos dados existentes, buscando qualificar essas informações. Há limitações nessas notificações e nos registros dos eventos quanto à relação com o trabalho, ainda mais porque determinadas manifestações de sofrimento não necessariamente são quantificáveis.

O uso desses indicadores objetivos então se constitui como uma forma de identificar a existência de problemas que demandam maior atenção para planejar ações de vigilância. Mas, para análise dos fenômenos em saúde mental dos trabalhadores é preciso recorrer a outras fontes e estratégias de cunho qualitativo para agregar valor às fontes e informações técnicas e epidemiológicas.

Sobre as notificações compulsórias

A busca pelo fundamento último, uma verdade objetivamente comprovável, é uma tônica bem presente em setores do Estado, marcadamente, no campo da saúde, no que tange à ação baseada em evidências (Campos, Onocko-Campos, Del Barrio, 2013). Apesar de tantas críticas às posições biomédicas, percebemos práticas sociais arraigadas nas instituições (SUS, Justiça, e até mesmo no senso comum) subservientes às lógicas da evidência.

Destarte, uma das principais diretrizes do SUS em termos de vigilância epidemiológica, é a portaria nº 104 de 2011, que dispõe sobre a notificação compulsória de agravos, doenças e eventos, incluindo os transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho. E, em diversas regiões do país, a rede de saúde vem sendo capacitada para aumentar as notificações e construir bancos de dados capazes de dar maior visibilidade aos problemas dessa ordem.

A notificação visa alimentar o Sinan para identificação das principais prioridades em saúde, visando ao planejamento das ações interventivas. Para isso ser possível, existem

instrumentos de comunicação a respeito de eventos e agravos que os profissionais de saúde devem utilizar. São fichas de notificação e investigação utilizadas como instrumento de coleta de dados para registrar e comunicar a ocorrência de um evento/agravo à autoridade sanitária para fins de adoção de medidas de controle e intervenção pertinentes (Hennington e Freitas, 2009).

Apesar de serem importantes meios para o reconhecimento dos problemas³⁹, tais instrumentos e seus respectivos sistemas de informação não têm sido capazes de oferecer à rede um quadro das situações de saúde da população que sirva de parâmetro para desenvolver ações.

O SINAN não se mostrou até agora um instrumento adequado para efetivamente orientar as ações de controle de doenças nos diferentes níveis do SUS, limitando-se a ser um sistema de registro, fluxo de informações e tabulação de dados sobre casos de doenças definidas como de notificação obrigatória, apesar de ser um exemplo de integração sistêmica e de modelo com grande potencial de incorporação e difusão de inovações tecnológicas na rede de serviços de saúde (Sabroza, *s/d*, p. 14-15).

E cabe indagar em que medida esses dados gerados nas instâncias locais voltadas para a vigilância epidemiológica são levados em consideração pela vigilância sanitária em seus processos de intervenção. Em geral, falta entrosamento entre as instâncias produtoras das informações e às executoras das intervenções (Vasconcellos, 2007), fazendo com que a notificação de agravos acabe, muitas vezes, permanecendo como um fim em si mesmo. Em última instância, um modo meramente técnico de lidar com graves problemas sociais.

Ao longo da história, por exemplo, acidentes de trabalho e doenças ocupacionais “passaram a ser questão burocrática de contagem e contabilidade, menos sobre o que fazer ante uma realidade tão dramática que os números de certa forma revelam e mais ainda sobre como proceder para reduzir seu registro e o pagamento de benefícios” (Ribeiro, 1999, p. 24).

A mesma tendência poderia acometer o modo como a rede lida com a saúde mental dos trabalhadores? Certamente ainda há muito que fazer para que os problemas de saúde mental dos trabalhadores sejam reconhecidos e identificados nas unidades da rede de saúde. Como consequência, existe muita subnotificação e é necessário realizar todo um trabalho de sensibilização e formação para que sejam notificados esses eventos.

³⁹ Vale ressaltar que o desenvolvimento do Nexo Técnico Epidemiológico de Prevenção (NTEP), implantado pela previdência social, significou também um importante reconhecimento dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho.

A notificação é, nesse ponto, um avanço importante porque a ausência de informações reflete o não reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho na própria rede de saúde, um problema crônico não apenas para a saúde mental. Além disso, novas fontes e tipos de informação devem ser induzidas na rede de saúde, de modo que a quantidade de agravos notificados não seja compreendida como critério único para o convencimento de gestores e profissionais de saúde sobre a relevância e urgência do problema, de modo a justificar ações de intervenção.

Além das informações de agravos, conseguidas via notificação compulsória, dados e conhecimentos sobre as tendências e configurações dos processos de trabalho em nível macro e micro seriam imprescindíveis. Nesse sentido, não é suficiente capacitar a rede de saúde para captar dados sobre os efeitos negativos do processo de trabalho no processo saúde-doença da população nos níveis locais. Identificar, reconhecer e monitorar tendências tecnológicas e padrões organizacionais, entre outros elementos, é parte fundamental do escopo de ações do SUS (Brasil, 1990). E existem dados capazes de contribuir nessa direção como aqueles produzidos por sindicatos, centrais sindicais e articulações intersindicais com o Diesat, Dieese, e os dados socioeconômicos e demográficos do próprio SUS, mas que são acessados pontualmente e em função de demandas específicas para pesquisas acadêmicas e institucionais, via de regra.

Salientamos essa questão porque a Visat não se limita à vigiar os efeitos do trabalho sobre a população, mas inclui o olhar para os processos de trabalho e suas configurações econômicas, institucionais, técnicas e sociais. Daí a importância do monitoramento contínuo das tendências do mundo trabalho, como incorporação tecnológica, redes de produção, práticas organizacionais e tendências nas relações de trabalho preponderantes nos variados setores produtivos.

A ausência de informações tanto dos agravos dos trabalhadores quanto das configurações dos setores e processos de produção é um grave problema. Em face desse problema, seria necessário oferecer subsídios para a vigilância de determinados ramos produtivos, uma vez que as expressões de sofrimento dos trabalhadores apontam conflitos, dilemas, insatisfações à que estão expostos em cada contexto de trabalho. E, como compreender essas manifestações sem considerar as peculiaridades de cada ramo produtivo?

Se os problemas de saúde mental já ocupam a terceira maior causa de concessão de benefícios no Brasil, além de contabilizá-los, conviria desenvolver investigações sobre os setores, ocupações e categorias com maior incidência. Afinal, essas informações sobre afastamentos do trabalho por problemas mentais e as próprias notificações de transtornos

relacionados ao trabalho poderiam subsidiar a eleição de prioridades e levar a negociações com setores econômicos onde o problema é mais evidente.

Em nível local, os Cerest poderiam construir meios e articulações intersetoriais para uma vigilância das tendências do trabalho na sua região, gerando informações sobre o perfil econômico e produtivo regional, ao invés de se estruturar apenas em função de agravos notificados na rede de saúde.

Acolhimento e interpretação de demandas espontâneas

As demandas espontâneas ou encaminhamentos de casos de trabalhadores que chegam ao Cerest, requerem uma equipe que acolha e interprete esse sofrimento, na lógica da vigilância. Ou seja, uma equipe de trabalho multiprofissional e interdisciplinar preparada para lidar com o sofrimento do ponto de vista da sua produção social. Como a função do Cerest é tecer a rede de saúde do trabalhador na lógica intersetorial e participativa da Visat (Brasil, 2009c), não caberia ao Cerest limitar-se a propiciar ações de assistência à saúde mental dos trabalhadores, voltadas apenas para diagnóstico clínico, tratamento e reabilitação de trabalhadores. Seu papel é ser um centro de inteligência e articulação de ações em saúde do trabalhador e, por isso, a maneira de acolher e interpretar casos de trabalhadores em sofrimento não se limita ao modelo da clínica, centrado em terapêuticas.

A partir desses casos que se apresentem, o Cerest acolhe a demanda buscando compreendê-la, interpreta se existe a necessidade de encaminhamentos para os tratamentos devidos e registra as informações sobre o contexto laboral envolvido.

As práticas de acolhimento e interpretação dos sofrimentos então devem ir além da busca pelo diagnóstico clínico realizado por um especialista, pois a questão central seria identificar as situações de trabalho enfrentadas pelos sujeitos atentando para os elementos causadores dos problemas.

Nesse sentido, a atenção às narrativas dos trabalhadores é fundamental, pois seus relatos e queixas trazem importantes aspectos corporais, psicológicos e psicossociais de seu sofrimento. Ao mesmo tempo, pode revelar elementos das condições e organização do trabalho originadores de insatisfações, angústias e dores.

Mais que buscar estabelecer um nexos entre certos distúrbios mentais e certas formas de organização do trabalho, importa identificar quais elementos seriam nocivos à saúde mental dos trabalhadores (Lima, 2003), perceber os setores e contextos de trabalho em questão.

Se é um caso de trabalhador em sofrimento encaminhado para o Cerest ou uma demanda feita por sindicato ou Ministério Público, individual ou coletiva, por exemplo, a investigação por uma equipe multiprofissional é fundamental. Nesse momento alguns procedimentos de acolhimento e discussão coletiva do caso em questão pode, ou não, classifica-lo como uma manifestação de sofrimento patológico que demande a efetivação de um nexos causal e encaminhamentos para Centros de Atenção Psicossocial.

Tal modalidade de ação não recai sobre o domínio de especialistas da área *psi*, e, para isso, as equipes necessitam de atenção e escuta às narrativas dos sujeitos para identificar elementos do processo e organização do trabalho na origem daqueles sofrimentos.

Um ponto a ressaltar é que, em geral, as demandas, denúncias e até a procura do trabalhador pela rede de saúde se dá quando ocorre uma reação mais aguda de sofrimento, uma exposição a evento traumático, uma insatisfação já insuportável ou quando o corpo apresenta sinais e dores. Embora os conflitos psíquicos, angústias, irritabilidade, apatia, baixa autoestima e outras situações psicossociais tenham menor reconhecimento social, em geral, elas emergem no discurso dos trabalhadores quando relatam seus sintomas físicos (Bernardo e Garbin, 2011).

É nesse momento, quando os trabalhadores procuram a rede de saúde para relatar suas manifestações de sofrimento, geralmente físico, que é preciso estar atento para outras manifestações de sofrimento.

Esses sofrimentos de ordem física, psíquica e psicossocial, podem sinalizar contextos coletivos de exposição a processos de trabalho geradores daqueles sofrimentos que podem alertar para a implementação de ações de vigilância.

Articulações intra e intersetoriais

As unidades de atenção básica e as equipes de saúde da família podem fornecer subsídios importantes para gerar processos de vigilância nos Cerest, como a identificação de situações de trabalhadores afastados do trabalho por problemas de ordem mental e adoecimentos como Ler/Dort, transtorno de estresse pós-traumático, depressão e outras manifestações de sofrimento, assim como dos setores onde trabalhadores estão inseridos. Para isso é necessário que os Cerest mantenham uma estreita articulação com a atenção básica, entre outras razões, para que nos seus próprios instrumentos, como ficha A” do Siab registrem as informações úteis para planejamento de ações da vigilância. Nesse sentido, é preciso alertar aos profissionais da atenção básica para estarem atentos a trabalhadores com problemas

relativos às funções cognitivas (memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, aprendizagem, linguagem e julgamento da realidade) e na consciência (atenção e orientação no tempo e espaço), bem como irritabilidade e alterações na percepção (ilusões, alucinações) e comportamentais (motivação baixa ou euforia, manifestações emocionais contínuas como crises de choro, tristeza, isolamento, tremores, consumo excessivo de bebidas alcoólicas e drogas). Seriam incluídos também relatos sobre dimensões psíquicas e psicossociais, como casos de assédio moral e sexual no trabalho, sensação contínua de fadiga, cansaço e exaustão emocional, perda de sono, ideias ou atos suicidas, diminuição de apetite, relatos de eventos traumáticos (acidentes, assaltos, por exemplo) e conflitos psíquicos desenvolvidos em situações profissionais.

O reconhecimento e registro dessas manifestações devem constar também nos processos de trabalho da rede local de saúde, como nas unidades do PSF, nos Caps, nos Hospitais Gerais e nos Prontos Atendimentos. Ainda que a lista dos transtornos mentais e do comportamento de notificação seja limitada, os sintomas a ele relacionados já compõe uma ampla gama de manifestações que podem ser consideradas fundamentais para a vigilância em saúde mental.

Dessa forma, além do acolhimento às demandas, cabe aos Cerest proceder a busca ativa de casos e eventos entre a população coberta pelas equipes de saúde da família e demais unidades e programas na rede de saúde loco-regional. Esse é um ponto crucial: a interlocução permanente entre os componentes da Atenção Básica, Caps, demais unidades de saúde e os Cerest, para deslançar ações de vigilância.

Essa busca ativa se faz na interlocução contínua da Atenção Básica, os Caps, e também nos mapeamentos produtivos do território. A questão não é apenas trabalhar na lógica dos encaminhamentos, mas em conduzir trocas e fluxos comuns tanto na atenção básica quanto nas demais áreas. A ideia é desenvolver diálogos e intercâmbios com a rede, estabelecendo trocas de experiências entre as equipes para discutir as demandas, a importância dos registros e dos fluxos das ações.

Isso porque, a saúde do trabalhador é realizada em rede, na atenção psicossocial, nas urgências e emergências, tanto nas que já estão estruturadas e naquelas ainda a serem construídas. A questão é inserir a saúde do trabalhador nos diversos pontos de atenção da rede, ainda mais quanto às situações em saúde mental.

O ponto central é estabelecer um tipo de relação que leve a aprimorar as informações e a atenção à saúde do trabalhador quanto as queixas e problemas em saúde mental. Essa atuação depende do desenvolvimento de instrumentos que facilitem os diálogos entre as

unidades, introduzindo o elemento ocupação como determinante, a fim de dar maior visibilidade ao trabalho enquanto originador de sofrimentos.

Como forma de colaborar com a vigilância, as trocas de experiências, o aprendizado mútuo, as articulações com a atenção básica são fontes ricas de informação e criação de fluxo de ações, que identifiquem queixas e sofrimentos relativos ao trabalho.

E nesse caso da saúde mental é mais premente que se estabeleça essa relação, dado que existe uma cultura de naturalização dos problemas de saúde mental. O reconhecimento e registro das manifestações de sofrimento dos trabalhadores devem então constar nos processos de trabalho dessas unidades de saúde, além das unidades sentinelas. Isso exige dos Cerest, mecanismos para a introdução dessa temática no fluxo de atividades local.

Esse intercâmbio contínuo pode criar mecanismos em que os Cerest recebam dados da atenção básica e demais componentes da rede. Tais articulações não são simples, mas são fundamentais para deslançar ações de vigilância e criar dispositivos para obter regularmente os dados dos trabalhadores atendidos nas unidades de saúde com queixas relativas a saúde mental dos diversos níveis de complexidade.

Nesse sentido, até mesmo uma comissão de saúde mental e trabalho na rede de saúde local, induzida pelos Cerest, funcionaria com intuito de introduzir essa temática em seus processos de trabalho e fluxo de atividades. Seria viável que as equipes dos Cerest se empenhassem em criar uma comissão de saúde mental do trabalhador que promovesse encontros, seminários e rodas de conversas para ir sensibilizando os profissionais da rede?

A própria realização de oficinas e encontros para discutir a saúde mental e trabalho dos próprios profissionais de saúde, contribuiria como um ponto de partida para a sensibilização quanto ao tema.

Temos percebido o quanto essa é uma questão latente nos encontros em saúde do trabalhador. Atividades de formação de profissionais para a implantação da política de saúde do trabalhador, por exemplo, têm sempre suscitado debates sobre a saúde mental desses próprios profissionais que, em suas unidades e postos de trabalho, são fundamentais para as ações de saúde do trabalhador na rede intrasetorial.

A discussão sobre o sentir-se como trabalhador, a menção ao assédio moral que muitas vezes ocorre na própria Unidade Básica de Saúde, a experiência de viver a sobrecarga de trabalho, pressões, más condições de trabalho, entre outras coisas, é um importante meio de legitimação e institucionalização da temática. De uma questão específica da saúde do trabalhador da saúde e das experiências desses mesmos profissionais, inicia-se um processo de sensibilização para olhar o trabalhador que está sendo recebido e atendido na rede.

Outros instrumentos úteis à vigilância são os relatórios e informes sobre a quantidade de trabalhadores que deram entrada na rede mensalmente. Esse mecanismo permite aos Cerest receber dados da atenção primária periódica e sistematicamente, contendo o número de trabalhadores que deu entrada em qualquer unidade de saúde, seja a atenção básica, média ou alta complexidade.

Tal informe tem o potencial de relevar situações de alerta para a Visat. Por exemplo, se os relatórios apontam um aumento de trabalhadores atendidos em uma determinada região, caberia às unidades estarem alertas quanto a um possível indicativo de problemas originados em determinado ramo de trabalho.

Um exemplo sobre essa estratégia pode ser observado em um relato de ação ocorrido no interior paulista. A equipe de Cerest observou muitas mulheres que estavam com problemas dando entrada em postos de saúde de uma dada região, alterando assim o padrão das ocorrências registradas. Em um determinado mês esse número se elevou bastante e a equipe passou a observar e investigar. Ela descobriu que havia um frigorífico contratando um número de mulheres e tal conhecimento permitiu estabelecer ações de intervenção.

Esses relatórios cumpririam assim um papel de instrumentalizar a investigação/ação da vigilância em saúde do trabalhador como fonte de informação para o planejamento.

Outra ação no âmbito intrasetorial é a articulação com os Caps. Consideramos que a saúde mental na rede de saúde não deve ser restrita aos Caps, hospitais-dia, entre outros.

Esses centros, inclusive, já possuem práticas de inserção social dos seus usuários, como cooperativas de trabalho e renda. Fazer o caminho inverso, incorporando as compreensões sobre o quanto o trabalho também gera sofrimento, funcionaria como meio de impulsionar o Caps a começar a olhar de modo diferenciado para a relação saúde mental e trabalho.

Considerando que já se reconhece o trabalho como agente de reinserção na sociedade, levar outra perspectiva e criar outros trabalhos contribuiria para gerar informações e análises das equipes dos Caps quanto à quantidade dos seus usuários e seu perfil ocupacional – importante fonte de informação para os Cerest.

Ao mesmo tempo, informações sobre perfil ocupacional dos usuários dos serviços de saúde mental incitariam o olhar dos próprios profissionais dos Caps para a relação entre os sujeitos, seus sofrimentos e seus processos de trabalho.

Essa aproximação com o campo da saúde mental teria dupla contribuição: auxiliaria tanto a produção de informação quanto a atenção psicossocial de trabalhadores atendidos pelos Cerest.

É importante mencionar que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (SUS, 2010) preconizou a articulação com o campo da saúde do trabalhador, demonstrando assim a existência de uma plataforma de interlocução.

Ela apresenta a necessidade das instituições públicas e privadas prevenirem a saúde mental do trabalhador e das comunidades onde estão inseridas as instituições; a importância das articulações com os Cerest e da construção de protocolos de atenção à saúde mental do trabalhador. Recomenda ainda a criação de novas normas regulamentadoras pelo Ministério do Trabalho, Previdência e Saúde, específicas para trabalhador da saúde mental (SUS, 2010).

Além dessas ações, a própria caracterização do território de atuação do Cerest é uma ação reconhecida dentre as atribuições desses centros. Esse procedimento é parte de um esforço para identificar os processos produtivos mais presentes e importantes. Ele permite fazer inferências a partir dos dados de morbi-mortalidade da população de um determinado lugar e os determinantes da saúde presentes no seu espaço geográfico (Brasil, 2009c).

Um ponto importante é compreender que as relações estabelecidas em um território, conformam identidades e sujeitos (Santos, 2006b). E conseqüentemente os sujeitos atendidos na rede de saúde são constituídos também pela rede de relações nesse espaço geográfico e a sua inserção nos processos produtivos daquele território podem estar na origem das manifestações de sofrimento dos trabalhadores (Brasil, 1998)⁴⁰.

Nesse sentido, uma ação possível para as equipes de saúde do trabalhador objetivaria mapear o seu território de atuação, caracterizando os principais processos produtivos por – ramo econômico, população empregada e tecnologias, entre outros elementos, considerando os efeitos na saúde dos trabalhadores descritos na literatura sobre esses setores produtivos. Com vistas ao planejamento de ações estratégicas de vigilância à saúde mental, poderia construir-se uma *matriz de processos de trabalho e manifestações de sofrimento*, o que exigiria um esforço das equipes dos Cerest para estabelecer articulações com especialistas e pesquisadores que estudam essas temáticas.

Essa matriz pode conter dados de situações ocorridas e possíveis, como afastamentos por problemas mentais, notificações do Sinan, informações da comunidade, de sindicatos e de movimentos sociais. Além de dimensionar os problemas do território, convém reconhecer os recursos presentes nele para serem agregados aos processos de conhecer/intervir da Visat.

⁴⁰ “Consiste na intervenção por varredura, em pequena área geográfica previamente delimitada (setor censitário, distrito de saúde, bairro, distrito industrial, etc.) de todos os processos produtivos capazes de gerar dano à saúde. O investimento da ação, neste caso visa abranger todos os trabalhadores, ao longo do tempo, a despeito de sua forma de inserção no mercado de trabalho e seu vínculo de emprego, a partir da elaboração de mapas dos processos produtivos, de modo a estabelecer um perfil de risco à saúde dos trabalhadores” (Brasil, 1998, p. 7).

Essa caracterização do território pode contribuir para identificar recursos institucionais e sociais para fortalecer intervenções, por meio de parcerias com agentes, órgãos e movimentos sociais atuantes. Essas articulações visam propiciar melhor compreensão dos problemas a serem enfrentados e identificação de meios de solução.

Em nível territorial, os representantes da atenção básica do território, o polo de vigilância existente na região, uma associação de moradores organizada, um núcleo de representação de trabalhadores como um sindicato, por exemplo, uma unidade do Ministério do Trabalho e Emprego, entre outros, articulados pelos Cerest, podem contribuir com informações para planejar, preparar, executar e avaliar ações da vigilância.

Todas essas estratégias da Visat são fundamentais para se obter um quadro dos problemas em saúde mental a serem enfrentados pelas equipes dos Cerest.

Aspectos da participação dos trabalhadores na Visat em saúde mental

Um requisito básico para todas as etapas da vigilância, desde o planejamento, preparação, realização e avaliação, é a incorporação do saber e da experiência dos trabalhadores. Esse é um ponto central para a melhor compreensão das origens dos sofrimentos relacionados à organização do trabalho.

Atentar para o sofrimento dos trabalhadores enquanto experiências de insatisfação de necessidades corporais, psicológicas e psicossociais (Renault, 2008), implica em considerar não apenas os indicadores sociais e as informações de agravos. É preciso considerar também os conhecimentos e experiências dos próprios trabalhadores, para que as ações de vigilância estejam voltadas para as suas reais necessidades e sofrimentos.

Assim, estratégias que visem dialogar com os sindicatos e representantes dos trabalhadores valorizando suas narrativas, experiências, vivências, percepções sobre a relação processo/organização do trabalho e saúde mental, em determinado ramo de trabalho, possibilitaria compreensão mais adequada sobre os aspectos a serem abordados, observados e modificados no processo de vigilância.

Nessa direção, é crucial desenvolver estratégias que fortaleçam a emancipação e oportunizem o protagonismo dos trabalhadores na transformação dos aspectos organizativos de seu trabalho, impulsionada pela ação de vigilância.

O reconhecimento e melhor identificação das origens do sofrimento nos elementos da organização do trabalho, pode impulsionar os sujeitos à resistência e à luta para efetuar

mudanças, mas quando o sofrimento do trabalhador é entendido como de origem pessoal e não organizacional, ele tende a levar à culpabilização e ao isolamento individual.

A participação efetiva dos trabalhadores como protagonistas reais de todas as etapas de atuação da Visat contribui então para retirar do trabalhador o papel de mero objeto para a produção no espaço de trabalho, objeto de cura no espaço da saúde, objeto de assistência na previdência, para fortalecer sua autonomia enquanto sujeito da transformação.

Daí que uma estratégia é a realização de trabalho educativo no sentido de corroborar com a mobilização das representações de trabalhadores para todas as etapas das ações de vigilância em saúde mental, ampliando as compreensões sobre os elementos componentes da organização do trabalho enquanto originadores sofrimentos.

Estratégias de intervenção nos processos de trabalho

Cabe agora focar os elementos da organização do trabalho a serem considerados na atuação de intervenção, os instrumentos a serem utilizados nas ações e os atores da atuação. Sobre esses três aspectos nos concentramos nos parágrafos que seguem.

Consideramos que a incorporação da saúde mental nas ações pode partir de duas estratégias direcionadoras: (a) considerar a saúde mental *como causa motivadora da ação da vigilância*, e (b) integrar o tema nas demais ações, fortalecendo a *vigilância da organização e gestão do trabalho*.

Se um dado setor, ramo produtivo, tipo de trabalho apresenta alto índice de problemas ligados à questão mental, com diversas manifestações de sofrimento, isso pode ser a causa da inspeção da vigilância, que, no processo, incluirá outros aspectos além do “mental”. Aqui a saúde mental é causa e ponto de partida para a ação de vigilância.

Outra possibilidade é a saúde mental como uma dimensão a ser introduzida no processo de intervenção, independente da demanda inicial que motivou a ação (acidente de trabalho, intoxicação química, entre outros).

O problema de saúde mental: ponto de partida para a Visat.

Todas as pistas para conseguir informações técnicas, epidemiológicas e sociais em saúde mental, vistas nos tópicos anteriores compõem a estratégia de partir dos problemas de saúde mental para gerar ações de intervenção nos processos de trabalho.

O tratamento dessas informações permitiria identificar o foco principal para a vigilância⁴¹, a partir do qual seriam desencadeadas as ações.

Depois de reconhecer um ou mais problemas em saúde mental como motivo principal da ação, a etapa seguinte é a análise da demanda ou conjunto de informações em mãos, que já podem ter emergido, como denúncias feitas por sindicatos e movimentos sociais, pesquisas acadêmicas sobre um dado local, setor, ramo produtivo, ou mesmo terem sido induzidas ou produzidas pelo próprio Cerest em articulação com a atenção básica e nos territórios.

Nessa etapa, o Cerest avalia, pelos meios cabíveis, de que tipo de problema se trata, quem o fez emergir publicamente, quais as suas dimensões, que elementos políticos e econômicos podem estar envolvidos, dentre outras questões.

A perspectiva então é analisar demandas e dados captados atentando às possíveis fontes (situações geradoras) do problema, a natureza do mesmo (transtorno, manifestações de sofrimento, precariedade do trabalho, relatos de abusos na gestão, assédios, suicídios, entre outros), as características dos trabalhadores mais envolvidos, as configurações gerais do processo produtivo ou tipo organizacional da produção (setor primário, secundário, terciário; métodos previamente conhecidos de uma organização de trabalho taylorista, fordista, flexível, entre outras), origem da demanda (como é formulada, por quem, como é nomeado o problema).

Essa análise de informações, visando à preparação para a intervenção envolve a equipe do Cerest, que pode demandar contribuições e a participação de atores sociais e outros profissionais da rede de saúde (ex. profissionais dos Caps, serviços de saúde mental, núcleos de planejamento, etc.), além de outros setores do Estado, através de representantes de órgãos regionais e locais, pesquisadores e demais atores com interface ou algum nível de expertise naquele tipo de problema para melhor compreender as dimensões em jogo.

Paralelamente às sondagens iniciais, seria importante haver aproximações com a comunidade e população trabalhadora envolvida, contato com informantes-chaves, reuniões para possibilitar melhor contato com a realidade em foco e obter esclarecimentos, até mesmo se fosse o caso de uma necessidade de intervenções mais ágeis e urgentes.

Quando se trata de um setor ou ramo produtivo disperso em vários territórios, em áreas rurais ou urbanas, esses mecanismos de “escuta” devem priorizar as representações formais dos trabalhadores. Essas informações vão compondo o quadro das situações e

⁴¹ Casos de transtornos mentais encaminhados aos Cerest, além de denúncias sobre o assédio moral e sexual, surtos, tentativas de suicídio, queixas recorrentes de mal-estar em dado setor econômico, empresa ou processo de trabalho, grande número de trabalhadores assistidos por Caps, além de relatos de pesquisas em dada categoria profissional, dentre outras.

contextos originadores das demandas, integrando-se às informações epidemiológicas da própria rede de saúde.

Essa etapa de preparação que estamos mencionando corresponderia a uma ação sistemática e contínua de médio e longo prazo que demandaria, em seguida, proceder ao aprofundamento teórico sobre o problema e estabelecer procedimentos técnicos e critérios para iniciar as fiscalizações e inspeções.

A depender do porte, dimensão e tipo de processo de trabalho, seriam formadas equipes para proceder os processos de intervenção. Mas onde deve ser feita a vigilância? É importante ressaltar que nem sempre um processo de trabalho ocorre em espaços fechados como fábricas, empresas e instituições, a exemplo de muitas atividades de comércio, serviços de vendas, transporte, agricultura, entre outros. Em alguns casos, a vigilância será realizada nas instituições onde ocorre o trabalho, em outros, a partir de intervenções por categoria profissional ou por setor econômico.

Em função de cada processo de trabalho em si, a equipe do Cerest planejaria as ações de intervenção para compor equipes de caráter intersetorial e multiprofissional, que irão proceder à inspeção de um local específico e/ou observar processos dispersos em vários pontos da cidade e/ou discutir processos de mudança com gestores e responsáveis pela organização dos processos de trabalho em parceria com os sindicatos.

Esses atores seriam responsáveis pelo desdobramento da ação em negociações coletivas, acordos setoriais e encaminhamentos para órgãos, entidades e autoridades cabíveis até que os aspectos originadores das situações sejam elucidados e modificados.

Essa vigilância é uma ação transversal, participativa sobre os aspectos tecnológicos, sociais, ambientais, materiais, organizacionais dos processos de trabalho, realizada pelos trabalhadores, vigilantes sanitários, profissionais dos Cerest e representação sindical, primordialmente.

Esses direcionadores podem contribuir na etapa de preparação da ação considerando a saúde mental como motivo vigilância. E para as ações de intervenção – que discutiremos logo adiante – não se pode negar a importância do apoio da legislação e dos instrumentos que se tem, a despeito de seus limites.

A portaria 104/2011, as notificações do Sinan, a lista de doenças do Ministério do Trabalho da Saúde e a lista de todas as doenças do INSS, contribuem para ir além dos mecanismos como as Normas Regulamentadoras - NR. E também servem de base e sustentação para o profissional e equipe de vigilância se sentirem autorizadas e seguras para

as intervenções e composição de relatório final com encaminhamentos e exigências de modificações das condições e organização do trabalho.

A integração da saúde mental nos processos de intervenção

Caso a demanda ou o planejamento e preparação da ação de vigilância não parta de um problema de saúde mental e sim de outro evento ou agravo (alguma intoxicação de trabalhadores, ocorrência de acidentes de trabalho, ou conhecimento sobre número elevado de morbidade em uma região de produção ou grande número de notificações de outros agravos relacionados ao trabalho), de que forma a saúde mental pode ser inserida nas investigações/intervenções da vigilância?

Consideramos que a saúde mental, sendo como causa motivadora da ação ou não, precisa ser incluída nos processos rotineiros da vigilância. A questão não é criar procedimentos específicos e segmentados para uma vigilância em saúde mental, mas ampliar os procedimentos sem segmentar o olhar, seja para acidentes, riscos ou saúde mental.

Até porque, vigilância é construir possibilidades de modificar estruturas do processo de trabalho que atravessam os sujeitos trabalhadores e geram complexas interações que resultam em sofrimentos, patologias e dores diversas, posto que o sujeito está em processo de construção contínuo (dado que é sempre relacional). E todo o contexto de trabalho – riscos e relações – afetam os sujeitos em sua integralidade gerando manifestações de sofrimento.

Certamente, a inclusão das questões de saúde mental durante as inspeções, ações de fiscalização e negociação coletiva tem especificidades e dar relevo a elas é imprescindível para retirá-la da invisibilidade.

Independente do setor, processo de trabalho, ramo de atividades e do grupo em questão, a saúde mental deve ser incluída de modo claro. Isso depende de um processo paulatino de legitimação dessas temáticas nos processos tradicionais de intervenção no trabalho.

A questão central então, a nosso ver, é dar maior visibilidade aos aspectos da *organização e gestão do trabalho*, para possibilitar análises mais criteriosas sobre as relações entre a organização do trabalho e as manifestações de sofrimento nos trabalhadores.

Com isso não queremos dizer que os sofrimentos dos trabalhadores têm origem exclusivamente nos elementos constituintes da organização do trabalho. Eles provêm de todo o sistema de trabalho! Ocorre que é a organização do trabalho que forma todo o modo de operar dos sistemas técnico e social de trabalho e a inspeção sobre todo esse contexto trará repercussões positivas sobre a saúde mental dos trabalhadores.

O que então a vigilância deve olhar para intervir nos aspectos da saúde mental? Essa questão já foi apontada por Bernard e Garbin (2011 p. 113) *“como e o que ‘olhar’ nos aspectos relativos à organização do trabalho em um processo de vigilância em saúde do trabalhador e (...) no qual a saúde mental está em foco?”*.

A nosso ver, o processo de intervenção, com o foco na saúde mental ou não, implica na avaliação de todo o sistema de trabalho, considerando todos os seus componentes: o ambiente e o processo de trabalho, o posto, os instrumentos, as características dos trabalhadores, as operações, as atividades, os fluxos, os inventários, os mecanismos de gestão, a cultura do local de trabalho.

Todos esses elementos são cruciais e uma atuação que vise minimizar as manifestações de sofrimento, entretanto, necessita dar mais relevo à organização do trabalho, pois esse é o elemento que define regras e funções fazendo todo o sistema funcionar (Vasconcellos, Leão e Gaze, 2014).

Ela determina o ambiente, as condições em que o processo se realiza, os tipos de instrumentos e meios utilizados, a maneira como são tratados os trabalhadores, o tempo de realização, as regras sociais, entre outras coisas (Vasconcellos, Leão e Gaze, 2014).

O processo de vigilância passa então pela identificação do maior número possível de elementos da organização do trabalho, para chegar o mais próximo das situações enfrentadas pelos trabalhadores no seu dia-dia, pois essas situações é que vão gerando as manifestações do sofrimento.

Por organização do trabalho entendemos não um lugar, uma instituição, um ambiente, mas os modos de compor o processo de trabalho, arranjos técnicos e sociais, que padronizam comportamentos, estabelecem metas, objetivos, alvos, cultura, valores e que mobiliza, enquadra e forma sujeitos.

Dentre os vários elementos organizadores do trabalho estão os procedimentos e treinamentos de admissão e os periódicos; o controle médico; os mecanismos de controle de produção; a sequência dos fluxos de produção; os mecanismos de segurança e proteção; os requisitos dos operadores; a divisão de tarefas; a hierarquia e regras de subordinação; os horários, turnos e pausas; a alternância, substituição e reposição; as rotinas e prescrição de atividades; a disposição normativa oral e escrita; a comunicação formal e não formal; os ritmos de produção; relações sociais (sindicato, comunidade, clientela); sistemas de bônus e punição (Vasconcellos, Leão e Gaze, 2014).

A organização do trabalho, seja no setor industrial, serviços ou na agricultura, é conformado técnica e socialmente, e, em tese, articula singularmente aspectos materiais (tipo

de matéria-prima e objetos de trabalho), técnicos e tecnológicos (sistemas técnicos complexos, maquinários, equipamentos, instrumentos de trabalho), sociais e culturais (divisões, grupos, *status*, reconhecimento, relações de poder, relações interpessoais, valores, crenças e hábitos etc.), políticos (direito de fala, “direito” de mandar, comandar, gerenciar, reivindicar, comunicar, etc.) com as características dos sujeitos (competências requeridas).

Cada contexto de trabalho, portanto, possui uma junção específica desses elementos e, por isso, tem características próprias, na forma de interferir positiva ou negativamente no processo saúde-doença e nas manifestações do sofrimento. Daí é preciso ressaltar esses elementos da organização do trabalho para legitimar a intervenção sobre seus aspectos constituintes.

Um caminho possível para a atuação em saúde mental é dar passos para a legitimação da *vigilância da organização do trabalho*, sobretudo os aspectos “invisíveis” como as relações entre gestores e trabalhadores, as regras abusivas, as demandas excessivas, as injustiças nas relações, entre outros.

Em geral, no cotidiano, normas, rotinas, comportamentos, hábitos, modos de conviver, vão sendo enraizados, e esses elementos tendem a ser naturalizados. E é nesse cotidiano de relações que emerge o sofrimento.

O sofrimento dos trabalhadores é uma questão relacional, conforme visto no capítulo anterior, posto que procede das múltiplas relações dos sujeitos no contexto laboral. Considerando a dificuldade de vigiar essa inter-relação dos processos subjetivos e objetivos, sociais e psíquicos, passos podem ser dados no que tange à *desnaturalização da organização do trabalho*.

Dar prioridade à institucionalização da organização do trabalho para atuação da vigilância contribui para desnaturalizar práticas sociais originadoras de diversas manifestações de sofrimento no âmbito da gestão do trabalho. As relações, processos, fluxos, exigências, cobranças, metas, políticas, mecanismos disciplinares, entre outros, são aspectos construídos socialmente e desnaturalizá-los é o primeiro passo para estabelecer alguns limites.

Quantos fiscais do trabalho, em suas inspeções, observam aspectos da organização do trabalho? Que fatores devem ser incluídos além dos aspectos de ritmo, trabalho noturno, jornadas, intensidade das tarefas? Que limites podem ser estabelecidos?

Para mudar aspectos da organização do trabalho faz-se necessário um processo de pesquisa-ação criterioso, que englobe a observação das relações de trabalho e do cotidiano do trabalho, entrevistas abertas com trabalhadores e gestores, reuniões ampliadas com

representações de trabalhadores e especialistas naquele tipo de trabalho, análises de critérios de produtividade, tipo de organização – agronegócio, indústria e ou serviços –, entre outros.

Um ponto elementar é caracterizar bem o tipo de setor e processo em questão. Se existe uma gestão que se preocupa com programas de qualidade de vida no trabalho, se já tem essa sensibilidade, a vigilância vai lidar com outro gestor mais aberto a efetuar mudanças. Encontra-se aí uma plataforma de diálogo, pois existem convergências e uma possível pré-disposição para rever processos, procedimentos e relações.

Se uma empresa, por exemplo, está decidida a mudar sua imagem e se existem queixas por parte do responsável pelo *marketing* ou setor financeiro sobre quedas na produtividade, rotatividade alta, queixas de problemas nas equipes de trabalho, a preocupação da própria empresa vai ao encontro do que a vigilância quer ir propor. E ela, a vigilância, vai cumprir exatamente esse papel educativo, formativo e transformador.

Muitas instituições, atualmente, buscam estar atentas à aprendizagem organizacional para melhorar seus processos e lidar melhor com os clientes, melhorar a satisfação dos seus colaboradores, posto que o mercado é dinâmico e se uma empresa não aprende a lidar com a dinamicidade terá dificuldades de se sustentar no mercado. E outras empresas de grande porte buscam abrir seus processos de produção ao público e colaboradores, sobretudo aqueles que possuem departamento de pesquisa, desenvolvimento e inovação, e investem em consultores para trazer ideias para a empresa.

Outro exemplo. Se uma categoria profissional como da educação básica vem sofrendo com aumento de afastamentos relacionados à saúde mental, manifestações de crises constantes entre profissionais, faltas recorrentes ao trabalho e a qualidade do próprio serviço educacional vem sendo prejudicada, o papel da vigilância estaria em contribuir para compreender/transformar as questões em jogo.

Não se trataria aqui de fiscalizar escolas e salas de aula para verificar seus riscos e condições ergonômicas e ambientais tão somente, pois muitos desses problemas já podem ser conhecidos e fazer parte da luta das secretarias de educação para trazer melhorias. A vigilância, nesse caso, poderia desenvolver um processo de estabelecimento de acordos e normas em função dos principais problemas causadores de sofrimento nos profissionais, como as relações com alunos e os procedimentos, metas e normas em funcionamento. Isso porque, o processo de vigilância implica em encontrar possibilidades de transformação em cada processo de trabalho de modo ímpar.

Por isso, uma ação fundamental é a caracterização adequada do setor, considerando que tipos de organizações são essas, que processos estão presentes, que práticas de gestão são construídas, rotinas e procedimentos em operação.

Ao mesmo tempo, convém avaliar se o problema estaria também na própria “cultura da desorganização”, onde faltam mecanismos coletivos de tomada de decisão, e as normas são definidas apenas por uma hierarquia rígida e pessoalizada ou se trata de uma cultura mais democrática e aberta ao diálogo, com práticas de aconselhamento, entre outros.

Nesse caminho é importante perceber quais os programas de saúde e segurança ali presentes, se existe investimento em formação dos trabalhadores, entre outros. O ponto a ressaltar é necessidade de compreensão do sistema de trabalho em seus constituintes técnicos, materiais e sociais. Esses elementos de âmbito organizativo servem de referência para perceber o que falta em muitos processos de trabalho, pois mesmo que os programas em saúde mental acabem sendo mecanismos econômicos de sustentação da empresa no mercado, as pessoas estão ali em seu dia-dia convivendo e exercendo suas funções.

Então, que elementos organizativos do processo de trabalho deve olhar? Olhar o que exatamente?

Sem pretender isolar os elementos, a atenção aos seguintes direcionadores dá pistas para investigação-intervenção sobre a organização do trabalho “em si”. Esses guias, abaixo descritos, pretendem ser balizas iniciais para propiciar a aproximação com as fontes dos sofrimentos e foram elencadas aqui a partir da experiência internacional, já exposta anteriormente.

Eles podem ser agrupados em oito eixos: I - Organização do tempo e intensidade produção; II- Práticas de gestão; III - Elementos da cultura organizacional; IV - Relações Interpessoais; V- Atividade e Autonomia; VI - Relação dos sujeitos com sua atividade; VII - Situações relativas ao vínculo de trabalho; VIII - Elementos externos ao processo de trabalho.

O primeiro aspecto trata do ritmo e da carga das atividades, incluindo a extensão e intensidade da jornada de trabalho, a existência sistema de turnos que criam situações de cansaço esgotamento, alteram comportamentos dos trabalhadores e podem levar a crises agudas. A sobrecarga de atividades, velocidade das tarefas, exigências de trabalho noturno, por exemplo, quando analisados de modo integrado, oferecem indícios e evidências do quanto o trabalho pode produzir sofrimentos nos sujeitos.

As práticas de gestão também são aspectos centrais, pois tratam de todos os caminhos referentes a “ação de uns sobre a ação de outros”, definindo os modos como os trabalhadores são selecionados, treinados, recompensados, premiados e incentivados, avaliados, etc. Envolve também os tipos de tecnologias usadas, as exigências/metastas de produtividade e pagamento por produção, as práticas de avaliação do desempenho e dos resultados. Essas práticas de gestão, independentemente de seu porte e grau de qualificação (se realizadas de modo informal ou por profissionais qualificados e instrumentos específicos) trazem repercussões nos sujeitos cruciais para a análise da vigilância.

Outro ponto crucial diz respeito aos elementos da cultura organizacional: as formas de comunicação mais presentes - se existe oportunidades para expor suas queixas e participação na tomada de decisão -, os valores, hábitos e crenças que circulam entre as pessoas no cotidiano do trabalho, a própria estrutura organizacional, incluindo os objetivos, missão, histórico e visão de futuro da organização.

Sem dúvidas, outro eixo de onde emanam situações de sofrimento são as relações interpessoais. É nesse âmbito que ocorrem comportamentos abusivos, violências psicológicas e simbólicas, as relações desiguais de poder, mecanismos disciplinares, entre pessoas de níveis hierárquicos diferentes ou não. Entram aí, os incentivos à competitividade ou à colaboração e trabalho em equipe, o trato com o outro e o respeito às diferenças de sexo, idade, função, cor, etnia, religião. As relações dos sujeitos uns com os outros geram situações de (des)confiança, (in)justiça, reconhecimento e humilhações, mas podem também ser fontes de resiliência quanto de sofrimentos. O apoio do grupo, a consolidação de relações de amizade e camaradagem são fatores que contribuem para a melhoria da saúde mental dos trabalhadores.

A autonomia e outros aspectos da atividade dos trabalhadores são também elementos importantes a serem avaliados. Trata-se do controle do trabalhador sobre sua tarefa, a definição clara de seus papeis e expectativas postas sobre ele, o equilíbrio entre habilidades e exigências. É crucial atentar para a existência ou falta de autonomia e

liberdade de escolha, tomada de decisão, resolução de problemas e até a administração de tempos de trabalho. Nesse item, entra em questão também o orgulho do trabalhador pelo tipo de trabalho que se faz e pelo produto do trabalho e até mesmo os sentimentos gerados pela tarefa que se executa (inferioridade, auto-estima, etc.).

Existe ainda um nível de relação que trata das próprias características dos sujeitos em relação às suas atividades. São as pressões emocionais do trabalhador, a sensação de capacidade/incapacidade para a tarefa, a subutilização de seus saberes e habilidades, o sentido e significado do trabalho para o sujeito, entre outros.

Até mesmo o tipo de vínculo com o trabalho têm influências para a produção de sofrimento. Contextos de maior instabilidade no emprego ou em contratos temporários e informalidade podem gerar maior vulnerabilidade às ameaças de perda da atividade que geram angústias, medos e conflitos pois ameaçam a própria subsistência do trabalhador e sua família. Elementos da (des)harmonia vida privada e trabalho dos trabalhadores também repercutem no sofrimento em sua relação com o trabalho bem como as próprias condições de moradia, transporte e deslocamento para o trabalho e o próprio salário.

Muitos desses elementos são reivindicações históricas e centrais dos trabalhadores para garantir a melhoria de suas condições de vida e trabalho. Focalizar esses elementos nas intervenções da vigilância é fundamental para possibilitar a identificação e redução das fontes de sofrimento.

Para isso, independentemente do método e instrumento a ser utilizado, um requisito fundamental é ouvir os discursos dos trabalhadores, técnicos de segurança, gerentes e demais pessoas envolvidas com o contexto do trabalho.

Embora estejamos ressaltando aqui os elementos organizativos do trabalho, outras dimensões precisam ser analisadas como parte do processo de Visat como as configurações gerais dos processos de produção (políticas, econômicas, tecnológicas e sociais), as características específicas dos processos de trabalho (matéria-prima, artefatos, procedimentos etc.) e as cargas e riscos do ambiente de trabalho (físicos, químicos, biológicos, mecânicos).

Que métodos, instrumentos e princípios seriam fundamentais para ações de intervenção nesse sentido? Considerando que os problemas de saúde mental só podem ser adequadamente percebidos, identificados e analisados de perto, toda uma complexa rede de saberes e profissionais devam estar implicados e engajados na busca sistemática por compreender a situação em jogo e agir de modo oportuno e eficaz.

A estratégia é criar diálogos com os atores do trabalho, organizando questões conforme os oito eixos apontados acima. A ideia é organizar entrevistas coletivas e individuais com trabalhadores e outras com os gestores e equipes técnicas que cubram os eixos componentes da organização do trabalho.

Muitas situações originadoras de sofrimento são invisíveis ao olhar de terceiros e por isso só podem ser percebidos a partir da fala, comportamento e expressão dos trabalhadores. Daí que os métodos de cálculo de probabilidade, análise quantitativa de riscos, não se aplicam nesse caso, pois são mais adequadas as técnicas com base em diálogos, entrevistas, enquetes e outras modalidades de pesquisa para conhecer os sujeitos no trabalho (Vasconcellos e Gaze, 2014).

A nosso ver, cabe à vigilância avaliar todo o sistema de trabalho, utilizando os métodos já corriqueiros das práticas (mapa de riscos, fluxo de atividades, árvore de causas) somadas às técnicas baseadas no diálogo com os trabalhadores, para abrir mais canais para a compreensão do sofrimento.

É importante também proceder à verificação e análise de documentos relativos à saúde e segurança (documentação sobre afastamentos do trabalho, práticas de controle médico em saúde mental, programas de qualidade de vida existentes, índices de absenteísmo, movimentação de pessoal e *turn-over*, atas da CIPA, taxas de frequência e gravidade de acidentes e doenças profissionais ou mesmo detectar sinais de doenças) e às práticas de gestão (declaração de missão e visão, regras escritas, mecanismos de incentivos e premiações, relatórios de gestão, índices de produtividade).

A observação das atividades, entrevistas e discursos das pessoas envolvidas e a análise da documentação permite construir uma espécie de mapa da organização do trabalho. Assim como o mapa de riscos é composto pela identificação dos elementos físicos, químicos, biológicos e mecânicos do ambiente de trabalho, a ideia seria desenvolver um *mapeamento da organização do trabalho*, onde os trabalhadores juntamente com os técnicos, gestores e vigilantes de saúde pública elaborariam essa cartografia da organização do trabalho situando as relações e fontes de sofrimento mais perceptíveis e imediatas, identificando pontos críticos a serem melhorados.

Em linhas gerais, a integração da saúde mental na intervenção implica na ampliação dos aspectos a serem investigados, conforme demonstra o quadro 2 (Fontes de sofrimento e mecanismos de Visat)



Avaliação, encaminhamento e acompanhamento dos resultados.

Após essas etapas, a vigilância deve proceder às medidas de avaliação, aos encaminhamento e formas de acompanhamento dos resultados da ação. Entram aí os processos de negociação coletiva, acordos setoriais e os mecanismos para a implementação de mudanças na organização de trabalho.

Após a sistematização dos processos da vigilância (dados iniciais, documentos analisados, observações, intervenção no trabalho, informações das entrevistas com trabalhadores, resultados de discussões com gestores e etc.) novas articulações e parcerias com órgãos responsáveis, atores fundamentais do Estado e da sociedade civil em nível local-regional, como instâncias do INSS, Ministério Público do Trabalho, pesquisadores de universidades da região, podem ser firmadas.

Em casos de um adoecimento grave ou casos de assédios e violências possivelmente causados pelo trabalho constatados na ação, a preocupação em estabelecer os nexos causais atende às necessidades de responsabilização das empresas pelos danos ocorridos e por necessidade de acesso a benefícios e direitos por parte do trabalhador que sofreu danos. Para isso, são necessárias as articulações com os dispositivos do próprio INSS vistos anteriormente e a parceria do próprio ministério público.

Esses dois aspectos são importantes, mas a vigilância não visa apenas instrumentalizar medidas punitivas, reparadoras e compensatórias. Sua missão é compreender o trabalho e nele intervir para trazer mudanças no cotidiano.

Nesse ponto, a vigilância não se preocuparia apenas com os nexos entre possíveis casos de adoecimento e o trabalho, em nível individual, superando a ênfase na linearidade (quase sempre requerida) e na uni-multi/causalidade que requer comprovações entre fatores da organização do trabalho e os problemas físicos e mentais.

Uma abordagem holística, com foco na saúde mental dos trabalhadores, busca ir além dessa noção reducionista sobre a relação “causal” entre um elemento da organização do trabalho e seus impactos na mente dos trabalhadores.

Para isso é preciso apontar os aspectos do trabalho a serem transformados, considerando todo o sistema técnico e social de trabalho, para melhorar os processos e minimizar as fontes de sofrimento psíquico, psicossocial e corporal.

Trata-se de enfrentar o desafio de criar mecanismos de elementos para mudar a organização do trabalho. Ou seja, em saúde mental, a questão é buscar recomendar, efetivar e acompanhar mudanças, mais que comprovar nexos em uma relação de causa-efeito do ponto

de vista jurídico. Aliás, isso contribui para ir além dos modelos positivistas, matemáticos e biomédicos, para lidar com as manifestações de sofrimento.

Aqui reside um problema e um desafio, porque as atuações de cunho sanitário necessitam de articulações com outras instituições e setores do estado que fundam suas práticas em outras lógicas, em geral, baseadas na elaboração e emissão de laudos e pareceres técnicos para garantir acesso a direitos do trabalho, operados pelo judiciário, pelo INSS e, também, punir empresas por danos causados aos trabalhadores.

Mais que gerar processos administrativos, a vigilância poderia sistematizar mudanças requeridas e acompanhar sua implantação e efetividade em um processo dialógico com os atores responsáveis.

A partir dessas pistas e estratégias aqui sinalizadas, acreditamos ser possível dar passos iniciais para a construção de uma vigilância em saúde mental dos trabalhadores.

Considerações finais

Nesta tese tivemos como intuito apresentar aspectos teóricos e institucionais que contribuam para a construção de diretrizes nacionais para a integração da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. Problematizamos a relação entre a saúde mental e o trabalho, tendo como referência um conjunto de linhas teóricas e de práticas institucionais a esse respeito. A preocupação central foi encontrar subsídios nesse corpo de conhecimentos capazes de fornecer pistas para a construção de estratégias de vigilância nos serviços de saúde do trabalhador.

Percebemos que as perspectivas teóricas e as práticas sanitárias em saúde mental no País são ainda bastante limitadas e há muito que se avançar nesse sentido. Seria necessário incorporar uma multiplicidade de conceitos e métodos das abordagens teóricas para fundamentar as práticas cotidianas dos serviços públicos de saúde no âmbito da vigilância. Grande parte das ações de atenção, prevenção, recuperação e promoção em torno da saúde mental ainda são protagonizadas por atores sociais não vinculados diretamente ao campo sanitário do SUS.

A nosso ver, no entanto, dois eixos seriam capazes de operar essa integração: a ideia de sujeito e suas relações no contexto de trabalho e a caracterização dos vários elementos que compõem a organização do trabalho. Nesses dois pontos, as perspectivas teóricas e práticas trazem grande contribuição para a Visat. O relevo dado aos sujeitos e a suas relações no contexto do trabalho nos pareceu capaz de sustentar formas de escapar de dispositivos patologizantes e da noção de saúde mental como algo do interior do indivíduo, que deve ser tratado, portanto, individualmente com os aportes da clínica. Essa abordagem contribui também para deslocar a discussão e a ação voltada para os transtornos mentais e do comportamento como entidades isoladas que acometem os trabalhadores e destacar os aspectos sociais geradores do sofrimento dos sujeitos, posto que ele será geralmente de ordem relacional, mesmo se expressando como sofrimento físico, psíquico ou social, como argumenta Renault.

Assim, o foco não é unicamente reconhecer e tratar a doença dos indivíduos, mas obter meios de pesquisa-intervenção nos contextos laborais que conformam as relações dos sujeitos. Entra aí a relação com o ambiente, a organização e o processo de trabalho. Nesse ponto, os elementos trazidos pelas abordagens teóricas e práticas quanto à organização do trabalho são contribuições cruciais para a atuação da vigilância. Todo esse esforço de criar estratégias de

ação em saúde mental na vigilância em saúde trabalhador opera um deslocamento e possível desmonte da engrenagem psiquiatrizante e psicologizante da clínica tradicional em voga nas práticas de saúde e leva a lidar com a saúde mental de modo coletivo, com diversas estratégias diferenciadas.

E com base nessas análises, considerando também que a vigilância em saúde mental do trabalhador não se limita à vigilância dos agravos, propomos uma vigilância que seja compreendida como um conjunto de ações que incidem sobre os sofrimentos dos trabalhadores em níveis diferenciados, abrangendo o acolhimento e reconhecimento dos casos mais graves e todo o procedimento de checagem das demandas e ações multiprofissionais para proceder ao diagnóstico, encaminhamento e acompanhamentos das situações e eventos que podem estar na sua origem. E aí entra o papel da fiscalização dos processos e modos de organização do trabalho, integrando os aspectos psicossociais e verificando todos os níveis, possíveis, desde a exposição a produtos perigosos neurotóxicos às relações dos sujeitos no espaço de trabalho.

Considerando a missão dos Cerest enquanto referência na propagação de ações de vigilância em saúde do trabalhador, um ponto de partida na questão mental poderia consistir na identificação de possíveis instâncias parceiras na rede de saúde local, em outros órgãos do Estado e em organizações da sociedade civil. Nessa mesma linha, cabe também estabelecer vínculos com atores sociais e entidades representativas dos trabalhadores presentes no seu território, para iniciar processos de pesquisa-ação contínuos, baseados em prioridades, em parceria entre a atenção e a vigilância.

Em cada setor produtivo, os trabalhadores e os seus representantes precisam se empenhar na identificação de situações geradoras de problemas de saúde mental nos seus setores, contando com apoio dos Cerests, a fim de ampliar a capacidade de propor mudanças na organização do trabalho.

A impossibilidade de desenvolvimento de um único modelo de intervenção, universal, aplicável a qualquer região, demanda um esforço perene das equipes de atenção à saúde do trabalhador na busca por conhecer e transformar as situações nocivas de trabalho.

Finalmente, apontamos a necessidade do Ministério da Saúde financiar pesquisas em vários contextos para implantação da Vigilância em Saúde Mental, como experiências piloto, para a criação de metodologias ou princípios de ação sobre os sofrimentos oriundos das relações, condições e organização do trabalho.

Ao mesmo tempo indicamos a necessidade de uma agenda de estudo sobre organização do trabalho, cultura organizacional e saúde do trabalhador que aprofunde os

conhecimentos sobre organização do trabalho com foco na vigilância em saúde do trabalhador. Poderia se pensar também em algumas estratégias para que a temática da saúde mental se torne uma bandeira do movimento sindical, dos fóruns populares e de outras organizações da sociedade civil. Um avanço nessa direção vem acontecendo já nas lutas existentes contra o assédio moral, que precisam ampliar-se para outras formas geradoras de sofrimento ou transtornos.

É necessário inserir a saúde mental dos trabalhadores na legislação e nas normas técnicas da vigilância em saúde, para além da vigilância dos agravos. Faltam dispositivos de promoção da saúde mental dos trabalhadores na legislação trabalhista; guias de ação com diretrizes por parte do Ministério da Saúde. Formular diretrizes, documentos e produções técnicas contribuiria substancialmente para avançar nas ações de vigilância.

A integração da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador necessariamente deve perpassar as concepções teóricas, as diretrizes político-institucionais e as práticas de intervenção da vigilância no SUS. Uma iniciativa recomendável seria deslanchar um processo nacional de diagnóstico das ações em saúde mental dos Cerest e induzir a organização de encontros formativos e de discussão de experiências.

As reflexões dessa tese poderão contribuir para esclarecer e orientar o tratamento a um leque de outros problemas a serem enfrentados pelas instâncias públicas e sociais responsáveis pelo desenvolvimento de ações interinstitucionais, com melhor compreensão das complexidades em jogo.

Dado que um dos maiores desafios para o campo da saúde do trabalhador atualmente é a atuação no âmbito da saúde mental, esperamos que as reflexões aqui realizadas impulsionem novos passos e a adoção de determinadas estratégias para inserir a dimensão da saúde mental nas ações de vigilância.

Referências Bibliográficas

AGAMBEN, Giorgio. *Homo Sacer I. O poder soberano e a vida nua*. Belo Horizonte. Editora UFMG, 2007.

AGAMBEN, Giorgio. *O que é o contemporâneo? E outros ensaios*. Chapecó, SC: Argos, 2009.

ALBERT, Nicole. *A neurose profissional*. Revista de Administração de Empresas. São Paulo, 33(1):84-105 Jan./Fev,1993.

ALMEIDA, L. P. *Para uma caracterização da psicologia social brasileira*. Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, 32 (num. esp.), pp.124-137, 2012.

ALMEIDA, L. P., LEÃO, L. H. C. *A comunicação corporativa e a sociedade contemporânea*. Revista Espaço Acadêmico, n.138, 2012.

ALVES, Márcia Guimarães de Mello *et al. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português*. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.38, n.2, p.164-171, 2004.

ALONSO, Ángel Cárcoba (org.). *La salud no se vende ni se delega, se defende. El modelo obrero*. Fundación Sindical de Estudios y Comisiones Obreras de Madrid. Ediciones GPS-Madrid, 2007.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2007.

ANDRADE, George Albin R. de. *Cultura de Confiança Organizacional – Diferencial das Melhores Empresas para se Trabalhar*. In: III SEGeT – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2006.

Disponível em: http://www.aedb.br/seget/artigos06/251_artigo%20cultura.pdf Acesso em 20/12/2012.

ANSPACH, Renee R. *Preface*. In: McGann, P J; Hutson, David J. *Sociology of diagnosis*. Bingley, U.K.: Emerald, p. xiii-xxvii, 2011.

ANTUNES, R. *Adeus ao Trabalho?* São Paulo: Editora Universidade Estadual de Campinas, 1995.

ATHAYDE, Milton e BRITO, Jussara. *Ergologia e Clínica do trabalho*. In: BENDASSOLLI, Pedro Fernando e SOBOLL, Lis Andrea Pereira (Orgs.). *Clínicas do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011. p. 258-274.

APA. *Psychologists Promote Health and Well-Being Throughout Our Nation. Practice*. Organization, February 2011a. Disponível em: <<http://www.apa.org/health/promote-well-being.aspx>> - Acesso em 18/08/2013.

APA. *Center For Organization Excellence. The Awards*. 2011b. <<http://www.apaexcellence.org/awards/>>. Acesso em 01/08/2013.

APA. *Survey of top companies highlights mental health's role in worker productivity*. October 2002, Vol 33, No. 9. Print version: page 14. Disponível em: <<http://www.apa.org/monitor/oct02/survey.aspx>> Acesso em 01/08/2013

AZEVEDO, V.A.Z. *Algumas contribuições da psicanálise ao campo de conhecimento da saúde mental no trabalho*. Tese de doutorado. Unicamp. Campinas, 2003.

BARROS, Regina Benevides de. *Grupo: a afirmação de um simulacro*. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2009.

BARROS, Regina Benevides de. *Intervenção Psicossociológica*. In: M.N.M. Machado, M.N.M.; Castro, E.M.; Araújo, J.N.G.; Roedel, S. (org.). *Psicossociologia, Análise Social e Intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 121-132.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. MORI, Maria Elizabeth. BASTOS, Solange de Souza. *O Desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: O dispositivo "Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST"*. In: Santos-Filho, Serafim B. Barros, Maria Elizabeth Barros (Org.) *Trabalhador da Saúde. Muito Prazer!* Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 99-122.

BARRETO, Ivete Santos. *Programas de atenção à saúde mental dos trabalhadores das instituições Federais de Ensino Superior*. Mestrado em Ciências da Saúde. UNB/UFG/UFMS. Goiânia, 2007.

BAUMAN, Zygmunt. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003

BERLINGUER, G. *A doença*. São Paulo, Cebes/Hucitec, 1988.

BERNARDO, Marcia Hespanhol e GARBIN, Andréia de Conto. *A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades*. Rev. bras. saúde ocup. vol.36, n.123, pp. 103-117, 2011.

BEZERRA Jr, Benilton. *Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor*. In: Lobosque, Ana Marta (Org.) *Caderno Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007, p. 11-20.

BRANT, Luiz Carlos e MINAYO-GOMEZ, Carlos. *Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho*. Interface (Botucatu), v.12, n.26, p.667-676, 2008.

BRANT, Luiz Carlos e MINAYO-GOMEZ, Carlos. *Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa*. Psicol. estud. v.12, n.3, 2007.

BRANT, Luiz Carlos e MINAYO-GOMEZ, Carlos. *A temática do sofrimento nos estudos sobre trabalho e saúde*. In: Minayo-Gomez, C; Machado, J; Pena, P.(Org.). *Saúde do*

trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 385-408.

BRANT, Luiz Carlos e MINAYO-GOMEZ, Carlos. *A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho*. Ciênc. saúde coletiva. v.9, n.1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Vigilância em Saúde*. 2ª edição revisada, 2008.

BRASIL. *Lei 8.080 de 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: 20/09/1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.120, de 01 de Julho de 1998*. Aprova a Instrução Normativa de Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS. Brasília: Ministério da Saúde. 1998. Diário Oficial da União, Brasília: 14/07/1998.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. *Decreto n. 3048, 6 de maio de 1999*. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Diário Oficial (da) União, 21 de junho de 1999a.

BRASIL; Ministério da Saúde. Portaria n 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. *Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I da Portaria*. Diário Oficial da União, 19 nov. seção 1, p. 21, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 11.430 de 26 de dezembro de 2006*. Altera as Leis nos 8.213, de 24 de julho de 1991, e 9.796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social; e revoga a Medida Provisória no 316, de 11 de agosto de 2006; dispositivos das Leis nos 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.444, de 20 de julho de 1992, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e a Lei no 10.699, de 9 de julho de 2003. Diário Oficial da União. 27 de dezembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009*. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. 2009. Diário Oficial da União: Brasília, 23/12/2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 11.948, de 16 de junho de 2009**. Constitui fonte adicional de recursos para ampliação de limites operacionais do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social - BNDES e dá outras providências. Diário Oficial da União. 17 de Junho de 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.728, de 11 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: 12/11/2009. 2009c.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria GM nº 104 de 25 de Janeiro de 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. Brasília, DF. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, DF, 2012.

BOLTANSKI, Luc. CHIAPELLO, Ève. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo, Martins Fontes, 2009.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1996.

BOURDIEU, Pierre. **A miséria do mundo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BURTON, Joan. **Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices**. World Health Organization. Suíça. 2010.

BRUCHELL, Michael; ROBIN, Jennifer. **The great workplace: how to build it, how to keep it and why it matters**. São Francisco, EUA, Willey: 2011.

CAMARA, Rachel de Aquino; MACIEL, Regina Heloisa e GONCALVES, Rosemary Cavalcante. **Prevenção e combate ao assédio moral entre servidores públicos do estado do Ceará**. Rev. bras. saúde ocup. v.37, n.126, p. 243-255, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa e DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez. **Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão**. Ciência & Saúde coletiva. v.18, n.10, p. 2797-2805, 2013.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**. Vozes: Petrópolis, 7ª Edição, 2008.

CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede. Era da informação: Economia, Sociedade e Cultura**. Vol. 1. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, A. C., LEÃO, L. H. C. **A psicologia do trabalho no contexto do ensino industrial brasileiro: Um olhar sobre as particularidades de Campos dos Goytacazes**. In: X Encontro

Clio-Psyché, 2012, Rio de Janeiro. Anais do X Encontro Clio-Psyché. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2012. p.99-101.

CAPONI, Sandra. *Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones*. Cad. Saude Publica, v.23, n.1, p.7-15, 2007.

CAPONI, Sandra. *Biopolítica e medicalização dos anormais*. Physis. v.19, n.2, p. 529-549. 2009.

CARVALHO, A. M. T. de. *Trabalho e Higiene Mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro: Fiocruz, v. 6, n.1, p. 133-156, 1999.

CARVALHO, A. M. T. de. *Higiene mental, eugenia e elemento psíquico no trabalho humano: texto e contexto*. Mnemosine (Rio de Janeiro), v. 6, p. 97-115, 2010.

CARVALHO, A. M. T. de. *Da Higiene Mental do Trabalho à Saúde Mental do Trabalhador: uma leitura da produção discursiva no Brasil (1925-1995)*. Mnemosine (Rio de Janeiro), v. 07, p. 32-63, 2011.

CARRETEIRO, T. C. O. C.; BARROS, V. A. *Clinicas do Trabalho: Contribuições da Psicossociologia no Brasil*. In: Bendassolli, P.; Soboll, L. (Org.). Clinicas do Trabalho. São Paulo: Atlas, 2010, v. p. 208-226.

CHANLAT, J-F. *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Atlas, 1996.

CLOT, Yves. *Ivar Oddone: os instrumentos de Ação*. In: Les Territoires du Travail: les continents de l'expérience. Marseille: Catéis, p. 33-42. (Tradução de Milton Athayde & Claudia Osório), 1999.

CLOT, Yves. *A Função Psicológica do Trabalho*. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

CNRQ - CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO RAMO QUÍMICO. *Assédio Moral: A tirania nas relações do trabalho*. S/d. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cartilhas/a_pdf/110_cartilha_assedio_moral_cut.pdf. Acesso em 22/10/2013.

COMISIÓN EUROPEA. *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?* Seguridad y salud en el trabajo. Comisión Europea. Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales. 1999. Disponível em: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/informes/Informe%20europeo%20Estres%20Laboral.pdf Acesso em 18/08/2013

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. *Libro verde cooperación para una nueva organización del trabajo*. 1997. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:1997:0128:FIN:ES:PDF> Acesso em 18/08/2013

CONASS. *Vigilância em Saúde* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde: Brasília: CONNAS, 2007.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 2007.

COOPER, C. L., & MARSHALL, J. *Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health*. Journal of Occupational Psychology, v.49, p.11-28, 1976.

DECLARAÇÃO DE EDIMBURGO. *Declaração de Edimburgo sobre a promoção da saúde mental e bem estar no local de trabalho*. Outubro de 2010. http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Publications/Edinburgh_Declaration.pdf. Acesso em 18/08/2013.

DECLICH, S.; CARTER, A.O. *Public health surveillance: historical origins, methods and evaluation*. Bulletin of the World Health Organization, v.72, n.2, p. 285-304, 1994.

DEJOURS, Christophe. *A Loucura do Trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré, 1988.

DEJOURS, C. ABDOUCHELI, E. *Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho*. In: DEJOURS, C. ABDOUCHELI E, JAYET C, organizadores. Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação Prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo, Atlas: 1994.

DEJOURS, Christophe. *O trabalho como enigma*. Christophe Dejours: da Psicopatologia à Psicodinâmica do trabalho. Selma Lancman & Laerte I. Sznelman (organizadores). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Brasília: Paralelo 15, 2004.

DEJOURS, Christophe. *O fator humano*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

DEJOURS, Christophe. BÈGUE, Florence. *Suicídio e trabalho. O que fazer?* Brasília, DF. Paralelo 15, 2010.

DEJOURS, Christophe. *Alienação e clínica do trabalho*. (2006). In: Lancman, Selma & Sznelwar, Laerte e Idal. (Org.) Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 3ª ed. Brasília: Paralelo 15. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

DELEUZE, Gilles. *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*. Tradução de Pal Pélbart. In: _____. Conversações (1972-1990). RJ: Ed. 34, p. 219-226, 1992.

DELEUZE, G. *Instintos e instituições*. In G. Deleuze, A ilha deserta e outros textos (p. 29-32). São Paulo: Iluminuras, 2006.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. *Por uma clínica da reforma: Concepção e exercício*. In: Lobosque, Ana Marta (Org.) Caderno Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica que Queremos Por uma Clínica Antimanicomial. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007. p. 59-66.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença*. Ciênc. saúde coletiva. v.8, n.1, p. 173-183, 2003.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. *A outra saúde mental, psicossocial, físico moral?* In: ALVES, PC.; MINAYO, MCS., (orgs). Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p.83-90.

DUMONT, Louis. *O individualismo: Uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.

EU - European Union. *European pact for mental health and well-being*. Bruxelas, 13 de Junho de 2008. Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf. Acesso em 18/08/2013.

EUROPEAN PARLIAMENT. *Mental Health. Resolution of 19 February 2009 on Mental Health (2008/2209(INI))*. Disponível em: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0063+0+DOC+PDF+V0//EN>. Acesso. 12/09/2013.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

ENRIQUEZ, E. *Psicanálise e ciências sociais*. Ágora, Rio Janeiro, v.8, n.2, p. 153-174, 2005.

EHRENBERG, Alain. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Idéias & Letras: 2010.

FABREGA, H., Jr. *Cultural and historical foundations on psychiatric diagnosis*. In J. E. Mezzich & A. M. D. Kleinman (Orgs.), Culture and psychiatric diagnosis, A DSM- IV perspective (pp. 3-14). Washington: American Psychiatric Press, 1996.

FERREIRA, Januário Justino. (ORG.) *Saúde Mental do Trabalho: Coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás*. Goiânia: Cir Gráfica, 2013.

FERREIRA, Rodrigo R.; FERREIRA, Mário César; ANTLOGA, Carla Sabrina; BERGAMASCHI, Virgínia. *Concepção e implantação de um programa de qualidade de vida no trabalho no setor público: o papel estratégico dos gestores*. R. Adm., São Paulo, v.44, n.2, p.147-157, 2009.

FLORENCE, M. *Foucault*. In: Foucault, M. Ética, Sexualidade e Política. 2ª ed. Coleção Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006. p. 234-240.

FLINTROP, Julia (ORG). *Mental health promotion in the workplace – a good practice report*. European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA, 2011. In: https://osha.europa.eu/en/publications/reports/mental-health-promotion-workplace_TEWE11004ENN. Acesso. 12/09/2013

FRANKENHAEUSER, M. e GARDELL, B., 1976. *Underload and overload in working life: Outline of a multidisciplinary approach*. Journal of Human Stress, 2:35-46.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques da. *O judiciário e a saúde mental no trabalho*. Rev. bras. Saúde ocup., São Paulo, v.36, n.123, p. 147-149, 2011.

FOUCAULT, Michel. *A história da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, Michel. *O nascimento da medicina social*. In: FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982a. 25ª ed. p. 143-170

FOUCAULT, Michel. *A política de saúde no século XVIII*. In: FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982b. p. 193-207.

FOUCAULT, Michel. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: PUC-Rio, Nau Ed. 1996.

FOUCAULT, Michel. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.

FOUCAULT, Michel. *A Ordem do discurso. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. Ed. Loyola, Ipiranga, São Paulo. 5ª Edição, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Nietzsche, a Genealogia e a História*. In: _____. Microfísica do Poder. 15 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2000. p. 15-37.

FOUCAULT, Michel. *O cuidado com a verdade*. In: Foucault, M. Ética, Sexualidade e Política. 2ª ed. Coleção Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006a. p. 240-251.

FOUCAULT, Michel. *Verdade, poder e si mesmo*. In: Foucault, M. Ética, Sexualidade e Política. 2ª ed. Coleção Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 2006b. p. 294-300.

FOUCAULT, Michel. *Nascimento da biopolítica: curso dado no Collège de France (1978-1979)*. Coleção Tópicos. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria, Psicanálise*. Coleção: Ditos & Escritos. I. 3ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.

FOUCAULT, Michel. *O sujeito e o poder*. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010b, p. 273-295.

FRANKENHAEUSER, M. e GARDELL, B. *Underload and overload in working life: Outline of a multidisciplinary approach*. Journal of Human Stress, v.2. p.35-46, 1976.

FRANCO, Tania; DRUCK, Graça. SELIGMANN-SILVA, Edith. *As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado*. Rev. bras. saúde ocup. v. 35, n. 122, p. 229-248, 2010.

FREIRE, Paula Ariane. *Assédio moral e saúde mental do trabalhador*. Trab. educ. saúde, v.6, n.2, p. 367-380. 2008.

FREUD, Sigmund. *O mal estar na civilização*. In: Obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1974.

GARBIN, A. *Representações na mídia impressa sobre o assédio moral no trabalho*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, 2009.

GAULEJAC, V. *Gestão como doença social. Ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. SP: Ideias & Letras, 2007.

GPTW. *Por que fazemos o que fazemos. Uma carta do co-fundador e ceo global Robert Levering*. Disponível em <http://www.greatplacetowork.com.br/sobre-nos/por-que-fazemos-o-que-fazemos>. Acesso 20/11/2013.

GPTW. Great Place to Work. *Como sua empresa será avaliada*. 2013a. Disponível em: <http://www.greatplacetowork.com.br/melhores-empresas/sobre-a-inscricao-nas-nossas-listas/como-voce-sera-avaliado>. Acesso 20/11/2013.

GPTW b. Great Place to Work. *O que é um Excelente Ambiente de Trabalho?* 2013b. <http://www.greatplacetowork.com.br/nossa-abordagem/o-que-e-um-excelente-ambiente-de-trabalho>. Acesso 20/11/2013.

GLINA, Débora Miriam Raab e SOBOLL, Lis Andreia. *Intervenções em assédio moral no trabalho: uma revisão da literatura*. Rev. bras. saúde ocup. v.37, n.126, p. 269-283, 2012.

GORZ, Andre. *O imaterial. Conhecimento, Valor e Capital*. (Original - 2003 L'Immatériel) São Paulo. Anablume, 2005.

GOSDAL, Thereza Cristina; SOBOLL, Lis Andrea; SCHATZMAM, Mariana; EBERLE, André Davi. *Assédio moral organizacional: esclarecimentos conceituais e repercussões*. In: SOBOLL, Lis Andrea P. GOSDAL, Thereza Cristina (Orgs). *Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar*. São Paulo: LTr, 2009. p. 33-41.

GUATTARI, Felix. *Caosmose – Um novo paradigma estético*. Editora 34. São Paulo, 1992.

GUATTARI, F.; Rolnik, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. RJ: Vozes, 2007.

GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa, LIMA, Carla Moura; SAVI, Elaine Amorim; CARDOSO, Eliane; VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro; LACERDA, Alda; SANTOS, Marta Sorvi. *Os impasses da pobreza absoluta: a experiência da Ouvidoria Coletiva na região da Leopoldina, Rio de Janeiro (RJ, Brasil)*. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 16, n.1. Rio de Janeiro, 2011.

GUIMARAES, Liliana Andolpho Magalhães e RIMOLI, Adriana Odalia. *"Mobbing" (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional*. Psic.: Teor. e Pesq., v.22, n.2, p. 183-191, 2006.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 1994.

HELOANI, Roberto. BARRETO, Margarida. **Aspectos do trabalho relacionados à saúde mental: assédio moral e violência psicológica**. In: GLINA, Débora Miriam Raab e ROCHA, Lys Esther (orgs). Saúde mental no trabalho. Da teoria à prática. São Paulo, Roca: 2010. p. 31-48.

HELOANI, Roberto. MACÊDO, Kátia Barbosa. **Assédio Moral: uma nova forma de violência nas organizações**. Fragmentos de Cultura, Goiânia, v. 23, n. 3, p. 307-318, 2013.

HENNINGTON, Élide Azevedo; FREITAS, Marcelo Bessa. **Informação para ação em saúde do trabalhador**. In: MINAYO-GOMEZ, Carlos; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel (Org.). Controle social na saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009.

HOLLOWAY, J. DAW. **APA recognizes five companies for making health the bottom line**. December 2002, Vol 33, No. 11. Print version: page 53. <http://www.apa.org/monitor/dec02/recognizes.aspx>. Acesso 05/12/13.

IG. **Dona das marcas Olympikus e Azaleia vai pagar R\$ 500 mil por dano moral coletivo**. São Paulo, 06/05/2013. Disponível em: <http://migre.me/ia0mE>. Acesso em 19/08/2013.

INSS. **Resolução INSS nº 128 de 16 de dezembro de 2010**. Aprova o Manual de Procedimentos de Benefícios por Incapacidade (MPBI) – Volume I: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Ortopedia e Traumatologia, Volume II: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Transtornos Mentais e Volume III: Diretrizes de Apoio à Decisão Médico-Pericial em Clínica Médica (Parte I). Diário Oficial da União. 20 de dezembro de 2010, seção 1, p. 732. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=113272>. Acesso em 19/08/2013.

INSS. **Acompanhamento Mensal dos Benefícios Auxílios-Doença Acidentários Concedidos segundo os Códigos da CID-10**. 2013 Disponível em: http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/1_130225-103845-616.pdf Acesso: 20 de Março de 2013.

INSR (Institut National de la recherche et de securite). **Stress au travail. Les étapes d'une démarche de prévention**. Repères pour le préventeur en entreprise. 2009.

ILO. International Labour Office. **Psychosocial factors at work: recognition and control**. Occupational safety and health series. No. 56 Geneva, 18-24 September 1984. Disponível em <http://migre.me/ia0tf>. Acesso em 19/08/2013.

ILO. **ILO List of Occupational Diseases (Revised 2010)**. Listas de doenças ocupacionais. Disponível em: http://migre.me/ia0vc_ Acesso em 19/08/2013.

IRACEMÁPOLIS. Câmara Municipal de Iracemápolis, SP. **Lei nº 1163/2000, de 24 de abril de 2000**. Dispõe sobre a aplicação de penalidades à prática de assédio moral nas dependências da Administração Pública Municipal Direta por servidores públicos municipais. 24 de Abril de 2000.

JARDIM, Silvia Rodrigues; RAMOS, Andrea; GLINA, Débora Miriam Raab. *Diagnóstico e nexos com trabalho*. In: GLINA, DMR e ROCHA, Lys Esther. Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca, 2010. p. 49-80.

JONHSON, J.V; HALL, E M. *Job Strain, Work Place Social Support, and Cardiovascular Disease: A Cross-Sectional Study of a Random Sample of the Swedish Working Population*. American Journal of Public Health. October, v. 78, n. 10, 1988. p. 1336-1342.

KAËS, René. *Realidade psíquica e sofrimento nas instituições*. In: KAËS, RENÉ. A INSTITUIÇÃO E AS INSTITUIÇÕES. Estudos psicanalíticos. São Paulo: Casa do psicólogo, 1991, p. 19-58.

KARAM, H. *O sujeito entre a alcoolização e a cidadania: perspectiva clínica do trabalho*. 2003. R. Psiquiatr. RS, v.25, n.3, p. 468-474, 2003.

KARASEK, R. A. & THEORELL, T. *Healthy Work*. New York: Basic Books, 1990.

KALIMO, R. *Stress in work: Conceptual analysis and a study on prison personnel*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 6(Sup. 3):1-148, 1980.

KOMPIER, M. A. J. KRISTENSEN, T. S. *As intervenções em estresse organizacional*. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 6, p. 37-58, 2003.

LASCH, Christopher. *A cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

LAURELL, A. C., e NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário*. São Paulo: Cebes – Hucitec, 1989.

LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York, Springer, 1984.

LAZZARATO, Maurizio e NEGRI, Antonio. *Trabalho imaterial. Formas de vida e produção de subjetividade*. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

LEÃO, L. H. C.; CASTRO, A. C. *Processos históricos da implantação do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) no município de Campos dos Goitacazes RJ*. In: VIII Encontro do Núcleo Clio-Psyché da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, 2008, Rio de Janeiro. Anais do VIII Encontro Clio-Psyché, 2008. p. 205-207.

LEÃO, LHC. *Psicologia do Trabalho: aspectos históricos, abordagens e desafios atuais*. Revista ECOS, v. 2, n.2, 2012, p. 291-305.

LEÃO, LHC. *Nas trilhas das cadeias produtivas: subsídios para uma política integradora de vigilância em saúde*. [Dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.

LEÃO, LHC; Vasconcellos, LCF. *Cadeias produtivas e a vigilância em saúde, trabalho e ambiente*. Mimeo. 2014.

LEKA, Stavroula. Griffiths, Amanda; COX, Tom. *Work organization and stress. Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Protecting workers health series n°3. Suíça. Genebra. 2003.

LEVI, L. *Definiciones y aspectos teóricos de la salud en relación con el trabajo*. In: Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su Relación con la Salud (R. Kalimo, M. A. El Batawi & C. L. Cooper, ed.), pp. 9-14, Geneva: Organización Mundial de la Salud. 1988.

LEVY, A. *A Mudança: esse Obscuro Objeto do Desejo (1985)*. In M.N.M. Machado, M.N.M.; Castro, E.M.; Araújo, J.N.G.; Roedel, S. (org.). *Psicossociologia, Análise Social e Intervenção*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 121-132.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. *A polêmica em torno do nexo causal entre distúrbio mental e trabalho*. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 82-91, 2003.

LIMA, Maria Elizabeth Antunes. *Escritos de Louis Le Guillant. Da ergoterapia à psicopatologia do trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2006.

LINHART, R. *Greve na fábrica*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

LHUILIER, Dominique. *Filiações teóricas das clínicas do trabalho*. In: BENDASSOLLI, Pedro Fernando e SOBOLL, Lis Andrea Pereira (Orgs.). *Clínicas do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011. p. 22-58.

LHUILIER, Dominique. *A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde-trabalho*. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v.21, n.1, p.13-38, 2012.

LOURENÇO, E.A.S e BERTANI, I.F. *Saúde do trabalhador no SUS: Desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho*. São Paulo (SP): Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 32, n.115, p.121-134, 2007.

MACHADO, Roberto. *Ciência e saber. A trajetória arqueológica de Foucault*. 2ª Edição. Graal. 1981.

MACHADO, JMH. *Perspectivas e Pressupostos da Vigilância em Saúde do Trabalhador no Brasil*. In: Gomez, CM; Machado, JHM e Pena, PGL. (Orgs.) *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011. p. 67-85.

MACHADO, M. N. da M. *Intervenção psicossociológica, método clínico, de pesquisa e de construção teórica*. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. v.5, n.2, São João del-Rei, 2010.

MALGORZATA, Milczarek; XABIER, Irastorza. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). *Drivers and barriers for psychosocial risk management: an analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012. Disponível em: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/drivers-barriers-psychosocial-risk-management-esener/view>. Acesso em 29/08/2013.

MARCUSE, H. *Sobre os fundamentos filosóficos do conceito de trabalho da ciência econômica*. Cultura e Sociedade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, v.2, p.7-50, 1998.

MARTINS, Soraya Rodrigues e MENDES, Ana Magnólia. *Espaço coletivo de discussão: a clínica psicodinâmica do trabalho como ação de resistência*. Rev. Psicol., Organ. Trab., v.12, n.2, p. 171-183, 2012.

MARTININGO FILHO, Antonio e SIQUEIRA, Marcus Vinicius Soares. *Assédio moral e gestão de pessoas: uma análise do assédio moral nas organizações e o papel da área de gestão de pessoas*. Rev. Adm. Mackenzie. v.9, n.5, p. 11-34, 2008.

MENEZES, Marilda Aparecida de; SILVA, Marcelo Saturnino da. *“A cana judia de nós!” Impactos da Migração e da atividade de cortar cana-de-açúcar sobre a saúde dos trabalhadores-migrantes nordestinos*. 2011. Disponível em <http://www.alasru.org/wp-content/uploads/2011/09/GT21-Marilda-Aparecida-de-Menezes.pdf>

MENDES, René; DIAS, Elizabeth Costa. *Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador*. Rev. Saúde Pública., v.25, n.5, p. 341-349, 1991.

MERLO, Álvaro Roberto Crespo; MENDES, Ana Magnólia Bezerra. *Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação*. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho, v. 12, n. 2, p. 141-156, 2009.

MEZAN, R. *Freud, a trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 1982.

MINAYO-GOMEZ, Carlos e THEDIM-COSTA, Sonia Maria da Fonseca. *A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas*. Cadernos de Saúde Pública, v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

MINAYO-GOMEZ, Carlos e LACAZ, Francisco Antonio de Castro. *Saúde do trabalhador: novas-velhas questões*. Ciênc. saúde coletiva., v.10, n.4, p. 797-807, 2005.

MINAYO-GOMEZ, C. *O Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transformações*. In: Minayo-Gomez, C. Machado, JHM; Pena, PGL. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2011. p. 23-36.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde do trabalhador. *Protocolo de agravos à saúde mental Relacionados ao trabalho*. Neto, Francisco Drumond Marcondes de Moura (Coordenação). Brasília, DF. Mineo. Agosto/2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação*. 2.^a edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Editora MS. Brasília – DF 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0098_M.pdf

MOULIN, Maria das Graças Barbosa; MORAES, Ana Beatryce Tedesco. *Vamos fazer poeira! Fontes e expressões da pressão no trabalho do setor de rochas ornamentais no Espírito Santo*. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. v.35, n.122, p. 192-200, 2010.

MÜNSTERBERG, H. *Psychology and industrial efficiency*. New York: The Riverside Press Cambridge, 1913.

NARDI, Henrique Caetano; RAMMINGER, Tatiana. *Políticas públicas em saúde mental e trabalho: Desafios políticos e epistemológicos*. *Psicologia: ciência e profissão*, v.32, n.2, p. 374-387, 2012.

NEVES, M. Y.; SILVA, E. S.; ATHAYDE, Milton. *Saúde mental e trabalho: um campo de estudo em construção*. In: Anísio Araújo, Maria de Fátima Alberto, Mary Yale Neves, Milton Athayde. (Org.). *Cenários do Trabalho: Subjetividade, Movimento e Enigma*. 50ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, v. p. 01-19.

NETO, João Leite Ferreira. *A experiência da pesquisa e da orientação: uma análise genealógica*. *Fractal, Rev. Psicol.* 2008, v.20, n.2, p. 533-546, 2008.

NIOSH. National Institute of Occupational Safety and Health. *The changing organisation of work and the safety and health of working people: Knowledge gaps and research directions*, DHHS (NIOSH). Cincinnati, 2002. <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-116/pdfs/2002-116.pdf>. Acesso em 21/08/2013.

NIOSH. National Institute for Occupational Safety and Health. *National strategies for the prevention of leading work-related diseases and injuries. Psychological disorders. Centers of Disease Control*. 1988. Disponível em: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/89-137/pdfs/89-137.pdf>. Acesso em 20/07/2013.

NORIEGA, Mariano. *Organización laboral, exigências y enfermedad*. In: LAURELL, Asa Cristina (Org.). *Para la Investigación de La Salud de los Trabajadores*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Série Paltex, Salud y Sociedad, n. 3. p. 167-188, 1993.

OSHA. *Stresse relacionado com o trabalho*. FACTS. N. 22. Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho. Reprodução autorizada mediante indicação da fonte. Printed in Belgium, 2002. In: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/22/> Acesso em 20/07/2013.

OSHA. *Promoção da saúde mental no local de trabalho. Resumo de um relatório de boas práticas*. Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho. Reprodução autorizada mediante indicação da fonte. Printed in Belgium, 2012 Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/publications/factsheets/102> Acesso em 20/07/2013.

PAPARELLI, Renata; SATO, Leny; OLIVEIRA, Fábio de. *A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde*. *Rev. bras. saúde ocup.*, v.36, n.123, p. 118-127, 2011.

PENA, P. G. L. *A exploração do corpo no trabalho ao longo da história*. In: Vasconcellos, Luiz Carlos Fadel; Oliveira, Maria Helena Barros. (Org.). *Saúde, Trabalho e Direito*. 1ed. Rio de Janeiro: EDUCAM, v. 1, p. 85-123, 2011.

PENA, Paulo Gilvane Lopes e MINAYO-GOMEZ, Carlos. *Premissas para a compreensão da saúde dos trabalhadores no setor serviço*. Saude soc., v.19, n.2, p. 371-383, 2010.

PIGNATI, W.A. *Os riscos, agravos e vigilância em saúde no espaço de desenvolvimento do agronegócio no Mato Grosso* [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp. 2007.

PIGNATI, W.A. MACIEL, Regina Heloisa Mattei de Oliveira, RIGOTTO, Raquel Maria. *Saúde do trabalhador*. In: Rouquayrol, Maria Zélia e Gurgel, Marcelo (orgs). Epidemiologia e Saúde. 7ª Edição. Rio de Janeiro, Medbook, 2013. p. 355- 381.

PINHEIRO, T.M.M. *Vigilância em saúde do trabalhador no sistema único de saúde: A vigilância do conflito e o conflito da vigilância*. Campinas; s.n; [Tese de doutorado] 203p. 1996.

PORTO, Marcelo Firpo e FINAMORE, Renan. *Riscos, saúde e justiça ambiental: o protagonismo das populações atingidas na produção de conhecimento*. Ciênc. saúde coletiva. v.17, n.6, pp. 1493-1501, 2012.

PROGEP. Laudo técnico – Pesquisa Melhores empresas para você trabalhar 2013. Você SA, 2013. Disponível em www.progep.org.br/MelhoresEmpresas/InfoDocs/Laudo%20tecnico%202013.pdf. Acesso em 27/12/2013.

QUINTAS, Renata; AMARANTE. P. *A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva*. Saúde em Debate, v. 32, p. 99-107, 2008.

RENAULT, Emmanuel. *Du fordisme au post-fordisme: Dépassement ou retour de l'aliénation?* Actuel Marx, v.1, n. 39, p. 89-105, 2006.

RENAULT, E. *Souffrance Sociales. Philosophie, psychologie et politique*. Editions la Découverte. Paris XIII, 2008.

RIBEIRO, HP. *A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

RICOUER, Paul. *O sofrimento não é a dor*. 1992. Comunicação feita ao colóquio organizado pela Associação Francesa de Psiquiatria em Brest, nos dias 25 e 26 de Janeiro de 1992. Título do colóquio: O psiquiatra diante ao sofrimento. O texto desta comunicação foi publicado na revista Psychiatrie française, número especial, Junho de 1992 e na revista Autrement, “Souffrances”, nº142, Fevereiro, 1994.

ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; MARZIALE, Maria Helena Palucci; HONG, Oi-Saeng. *Work and health conditions of sugar cane workers in Brazil*. Rev. esc. enferm. USP, v.44, n.4, p.978-983, 2010.

RORTY, Richard. *A filosofia e o espelho da natureza*. Relume. Dumará. (1979), Rio de Janeiro, 1994.

ROSE, Nikolas. *Neurochemical selves*. Society, November / December, 2003, p. 46-59.

ROTTERDAM, E. *O elogio da loucura*. Porto Alegre: L&PM; 2003.

PIORE, M. e SABEL, C. *The second industrial divide: possibilities for prosperity*. Nova York: Basic Books, 1984.

SABROZA, P. s/d. *Vigilância em Saúde*. Disponível em <<http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/20060718160725.pdf>> Acesso em 06/01/2013.

SAMAJA, Juan. *Muestras y representatividad en vigilancia epidemiologica mediante sitios centinelas*. Cad. Saúde Pública. v.12, n.3, pp. 309-319, 1996.

SANTOS, A.P.L. e LACAZ, F.A.C. *Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias, desafios*. In: Gomez, CM; Machado, JHM e Pena, PGL. (Orgs.) Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011. p. 87-106.

SANTOS, Marta. *Análise psicológica do trabalho: dos conceitos aos métodos*. Laboreal, v. 2, n. 1, p. 34-41, 2006a.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e Emoção*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2006b.

SATO, Leny. *As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador*. Cad. Saúde Pública., v.12, n.4, p. 489-495, 1996.

SATO, L., LACAZ, F. A. C. & BERNARDO, M. H. *Psychology and the Workers' Health Movement in the State of São Paulo (Brazil)*. Journal of Health Psychology. v.9, n.1, p. 121-130, 2004.

SCHEIN, E. *A psicologia organizacional*. Lisboa: Clássica LCE Editora, 1968.

SCHWARTZ, Yves. *Anexo ao capítulo 1. Reflexões em torno de um exemplo de trabalho operário*. In: DURRIVE, Louis e SCHWARTZ, Yves. (Orgs.) *Trabalho & Ergologia. Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Editora da UFF, 2010a. p. 37-46.

SCHWARTZ, Yves. *Trabalho e uso de si*. In: DURRIVE, Louis e SCHWARTZ, Yves. (Orgs.) *Trabalho & Ergologia. Conversas sobre a atividade humana*. Niterói: Editora da UFF, 2010b. p. 189-204.

SCHWARTZ, Yves. *Manifesto por um ergoengajamento*. In: BENDASSOLLI, Pedro Fernando e SOBOLL, Lis Andrea Pereira (Orgs.). *Clínicas do trabalho*. São Paulo: Atlas, 2011. p. 132-166.

SCHATZMAM, Mariana; GOSDAL, Thereza Cristina; SOBOLL, Lis Andrea, EBERLE, André Davi. *Aspectos definidores do assédio moral*. In: SOBOLL, Lis Andrea P. GOSDAL, Thereza Cristina (Orgs.). *Assédio moral interpessoal e organizacional: um enfoque interdisciplinar*. São Paulo: LTr, 2009. p. 17-32.

SEIXAS, Cristiane Marques e BIRMAN, Joel. *O peso do patológico: biopolítica e vida nua*. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. v.19, n.1, p. 13-26, 2012.

SELIGMANN-SILVA, E. *Crise Econômica, Trabalho e Saúde Mental*. In: SELIGMANN-SILVA, E.; CAMON, V. A. A.; STEINER, M. H. F; SILVA, M. C. (Org.). *Crise Econômica, Trabalho e Saúde Mental no Brasil*. São Paulo: Editora Traço, 1986, p. 54-132.

SELIGMANN-SILVA, E. *Desgaste mental no trabalho dominado*. Rio de Janeiro: Cortês, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E. *Trabalho e desgaste mental. O direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo, Editora Cortez, 2011.

SIEGRIST, J. *Adverse health effects of high-effort/low rewards conditions*. *J. Occup Health Psychol*. v.1, n.1, p. 27-41, 1996.

SILVA-JUNIOR, João Silvestre. *Afastamento do trabalho por transtornos mentais e fatores associados: um estudo caso-controle entre trabalhadores segurados da previdência social*. [Dissertação] Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde Ambiental. Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo. 2012

MORAES-SILVA, Maria Aparecida de *et al*. *Do karoshi no Japão à birôla no Brasil: as faces do trabalho no capitalismo mundializado*. *Revista Nera* – n. 8, Janeiro/Junho, 2006.

SILVA, M. C. P. S. Q; MENDES, Ana Magnolia. *A prática em clínica psicodinâmica do trabalho como estratégia de promoção da saúde*. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, v. 6, p. 180-195, 2012.

SILVA, Edil Ferreira da. *et al*. *A promoção da saúde a partir das situações de trabalho: considerações referenciadas em uma experimentação com trabalhadores de escolas públicas*. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, n. 30, p.107-119, 2009.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho nacional de saúde. *Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.

SOUZA, R. F. *George Herbert Mead: Contribuições para a História da Psicologia Social*. *Psicologia & Sociedade*, v.23, n.2, p.369-378, 2011.

SOARES, Giovana Bacilieri e CAPONI, Sandra. *Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida*. *Interface* (Botucatu). v.15, n.37, p. 437-446, 2011.

SOCIAL DIALOGUE. *Framework agreement on work-related stress. 2004*. Disponível em: <https://osha.europa.eu/data/links/framework-agreement-on-work-related-stress>. Acesso em 20/09/2013.

SZASZ, Thomas S. *Ideologia e doença mental. Ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem*. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 1977.

SZASZ, Thomas S. *A fabricação da loucura: Um estudo comparativo entre a Inquisição e o Movimento de Saúde Mental*. Tradução de Dante Moreira Leite. Zahar Editores. Rio de Janeiro, 3ª edição, 1978.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. *SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde*. IESUS – Inf. Epidemiol. SUS VII (2), Abr/Jun, p. 7-28, 1998.

TEIXEIRA, Maria da Glória; BARRETO, Maurício Lima. COSTA, Maria da Conceição Nascimento. STRINA, Agostino. JÚNIOR, David Martins. PRADO, Matildes. *Áreas sentinelas: uma estratégia de monitoramento em Saúde Pública*. Epidemiol. Serv. Saúde., v.12, n.1, p. 21-28, 2003.

TEUTSCH, M.S. *Historical Development*. In: Teutsch, M. Steven e Churchill, R. Elliott. Principles and Practice of Public Health Surveillance. Second Edition. Oxford University Press, 2000, p. 1-17.

TOLFO, Suzana da Rosa. PICCININI, Valmíria Carolina. *As Melhores Empresas para Trabalhar no Brasil e a Qualidade de Vida no Trabalho: Disjunções entre a Teoria e a Prática*. RAC, v. 5, n. 1, Jan./Abr. p. 165-193, 2001.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. *Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental*. Ciênc. saúde coletiva. v.6, n.1, p. 73-85, 2001.

VASCONCELLOS, L.C.F. *Saúde, trabalho e desenvolvimento sustentável: apontamentos para uma política de Estado* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

VASCONCELLOS, L.C.F. *A imperfeição da regra trabalhista referente à saúde: da Revolução Industrial à Consolidação das Leis do Trabalho*. In: Vasconcellos; L.C.F. Oliveira, M.H.B. (Org.). Saúde, Trabalho e Direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. 1ed. Rio de Janeiro: EDUCAM, 2011, v., p. 125-164.

VASCONCELLOS, LCF; MACHADO, JHM. *Política nacional de saúde do trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de Estado*. In: Minayo-Gomez, C. Machado, JHM; Pena, PGL. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2011. p. 37-65.

VASCONCELLOS, L.C.F. LEÃO, L.H.C e GAZE, R. *Conceitos básicos sobre o sistema de trabalho*. In: Políticas Públicas de Saúde. Servidor Público Federal. No prelo. 2014.

VASCONCELLOS, LCF e GAZE, R. *Técnicas de análise de riscos, cargas de trabalho e situações de vulnerabilidade*. In: Políticas Públicas de Saúde. Servidor Público Federal. No prelo. 2014.

VERTHEIN, Marilene Affonso Romualdo e MINAYO-GOMEZ, Carlos. *Movimentos de assepsia social: a doença do trabalho fora de alcance*. In: Minayo-Gomez, C. Machado, JHM; Pena, PGL. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2011. p. 273-296.

VILELA, R.A.G. *Os desafios da vigilância e da prevenção de acidentes de trabalho. A experiência do programa de saúde do trabalhador de Piracicaba*. [Tese de Doutorado] Campinas, SP: 2002.

VILHENA, Junia de; MOREIRA, Ana Cleide Guedes; NOVAES, Joana de Vilhena e BITTENCOURT, Maria Inês Garcia de Freitas. *À la recherche d'une écoute: la clinique psychanalytique dans la banlieue de la citoyenneté*. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. v.14, n.2, p. 283-297, 2011.

WADVOGEL, Bernadette Cunha. *Quantos acidentes do trabalho ocorrem no Brasil? Proposta de integração de registros administrativos*. In: Minayo-Gomez, C. Machado, JHM; Pena, PGL. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2011. p. 227-244.

WEBER, M. *A psicofísica do trabalho industrial* (1908). São Paulo: Alphagraphics, 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental health and work: Impact, issues and good practices*. Geneva, 2000.

WÜNSCH FILHO, Victor et al. *Sistema de informação para a ação: subsídios para a atuação prática dos programas de saúde dos trabalhadores a nível local*. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 136-148, 1993.

ZARIFIAN, Philippe. *Engajamento subjetivo, disciplina e controle*. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, p. 23-31, novembro, 2002.

ZANELLI, J. C. *Movimentos emergentes na prática dos psicólogos brasileiros nas organizações de trabalho: implicações para a formação*. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Psicólogo Brasileiro. Práticas emergentes e desafios para a formação. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo. 1994, (2ª Ed.). p. 101-194.

ZANELLI, J C.; BASTOS, A. V. B. *Inserção profissional do psicólogo em organizações e no trabalho*. In: ZANELLI, J.C; BORGES-ANDRADE, J. E, BASTOS, A. V. B. Psicologia, organizações e trabalho no Brasil. Porto alegre: Artimed, 2004. p. 466-491.