

CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO

CONCEPTIONS AND SURVEILLANCE PRACTICES IN WORK-RELATED MENTAL HEALTH

Marta Ester Conciani¹, Marta Gislene Pignatti².

1. Mestre em Saúde Coletiva (ISC/UFMT), assistente social da SES/MT.

2. Doutora em Saúde Coletiva (UNICAMP/SP), professora associada III do Instituto de Saúde Coletiva/ Universidade Federal de Mato Grosso.

► **CONTATO:** Marta Ester Conciani | Endereço: Alameda Cuiabá, 915, Quadra O | Lot Alphaville Cuiabá 2 | Jardim Itália | CEP: 78.061-432 | Cuiabá MT | Brasil | E-mail: meconciani@gmail.com

Parte da dissertação: Saúde Mental Relacionada ao Trabalho no Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador de Mato Grosso (CEREST/MT) / Marta Ester Conciani. – 2013. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Cuiabá, 2013. 143 f. Orientadora: Profa. Dra. Marta Gislene Pignatti.

Resumo

A implantação da Vigilância em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) tem sido induzida pelas diretrizes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) articulada com a Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) como seus principais articuladores. O objetivo do trabalho foi analisar as concepções e práticas relacionadas à implantação da Vigilância em SMRT no CEREST de Mato Grosso (CEREST/MT) por meio de pesquisa documental dos planos estaduais, observação da organização do trabalho e entrevista aberta com nove membros da equipe local. Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo temática e estes foram sistematizados de acordo com a emissão do discurso. Os resultados demonstram que as concepções e práticas de SMRT são frágeis e os agentes institucionais reconhecem apenas a capacitação em protocolo clínico como sendo desse campo. A fragilidade conceitual encontrada pode estar repercutindo na subnotificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho no estado de Mato Grosso.

PALAVRAS-CHAVE: saúde do trabalhador, CEREST, saúde mental relacionada ao trabalho, concepções e práticas

Abstract

The implementation of Surveillance in Mental Health Work-Related (SMRT) has been induced by the guidelines of the National Network for worker's whole Health Care (RENAST) articulated with the Health

Surveillance of the Brazil's National Health System (SUS). Have Reference Centers in Occupational Health (CEREST) as main articulators. The aim of this study was to analyze the concepts and practices related to the implementation of the Surveillance of SMRT at CEREST of Mato Grosso (CEREST/MT) through documental research of state plans, observation participant concerning the organize work and open interviews with nine local team members. For data analysis we used the content analysis and these were organized according to the issue of discourse. The results demonstrate that the concepts and practices of SMRT are fragile and institutional agents only recognize training in clinical protocol as this field. The conceptual weakness found can be reflecting the underreporting of mental disorders related to work in the state of Mato Grosso.

KEYWORDS: health worker, CEREST, mental health work-related, concepts and practices

Introdução

A saúde do trabalhador como resultante de um amplo movimento social que se contrapôs às mudanças mundiais de reestruturação produtiva teve por efeito a superação da saúde ocupacional e da medicina do trabalho, concebidas enquanto práticas que legitimavam a autonomia da medicina, fundada em uma concepção positivista do processo saúde doença. Vale dizer que a superação dessa concepção deu lugar à concepção da determinação social do processo saúde doença que reconhece a centralidade do trabalho nesta¹.

No Brasil, no âmbito da saúde pública, a saúde do trabalhador nasce na década de 1980, com característica de Programa de Saúde do Trabalhador (PST) ancorada na perspectiva da vigilância em saúde do trabalhador. Mais tarde culminou na criação dos Centros de Referência em Saúde dos Trabalhadores (CERESTs) que se articulam a uma Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (RENAST) com abrangência nacional^{2,4}.

A RENAST foi criada por meio da portaria 1.679/2002³. É reconhecida como a principal estratégia do SUS para se alcançar a integralidade da atenção à saúde do trabalhador já que também tem como função atuar na linha de frente de processos de capacitação coerentes com a ampliação do objeto da saúde do trabalhador. Tem a responsabilidade de incluir ações de saúde do trabalhador na rede básica de atenção, implementar ações de vigilância e promoção à saúde do trabalhador e instituir, na rede de saúde, serviços de média e alta complexidades⁴.

Os CERESTs foram criados na lógica da especialização e referência secundária em saúde do trabalhador. São serviços especializados de apoio diagnóstico e vigilância e foram pensados como canais de articulação com a rede básica de atenção⁵ e que, nas diferentes esferas e serviços do SUS, devem se responsabilizar pelo apoio técnico das ações de saúde do trabalhador⁶.

Dessa forma, os CERESTs se apresentam como espaços reconhecidamente dos trabalhadores e representam uma conquista. Por outro lado, ao terem dificuldade em se articular à rede básica de atenção do SUS, têm contribuído de maneira mínima na integralidade.

Os CERESTs estão presentes em praticamente todos os estados. Possuem formas e estratégias de ações diversificadas a depender do grau de organização do serviço¹. Em Mato Grosso, encontram-se habilitados três CERESTs. Destes, dois estão sediados na capital sendo um de abrangência estadual e outro de abrangência regional sob a gestão do município. A terceira unidade do CEREST, em Mato Grosso, encontra-se em Colider, na região Norte do estado, e também é de abrangência regional^{5,7}. Compõem ainda essa rede, 260 Unidades Sentinela que são serviços médicos e ambulatoriais responsáveis por diagnosticar os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e registrá-los no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET). Existem ainda 101 municípios (72%) pactuados com o CEREST estadual para notificarem os agravos em saúde do trabalhador⁷.

Embora a saúde do trabalhador, enquanto campo técnico e político se estabeleça no Sistema Único de Saúde (SUS), sua constituição compreende e depende de várias outras dimensões e áreas. Assim, a saúde do trabalhador não se encerra na área da saúde, e, dessa maneira, tanto depende quanto se articula a outros campos de conhecimento e setores sociais⁴.

Os desafios para a superação da fragilidade da efetivação das ações em saúde do trabalhador vão desde a discussão sobre a constituição hegemônica do campo conceitual, que considere a centralidade do trabalho no processo de saúde doença da população em geral, até pensar ações intersetoriais que possam dar sentido de política social à saúde do trabalhador o que implica na transversalidade da categoria trabalho, na transtorialidade entre as estruturas estatais e a transposição dos limites do SUS⁴. Dentre esses desafios, encontra-se o de investir na relação saúde mental e trabalho entendendo que esta é uma subárea da saúde do trabalhador que reconhece a persistência dos problemas de saúde mental no campo do trabalho como identificado no início dos anos de 1980⁸.

O fortalecimento da área de saúde mental e trabalho se apresenta então, como mais um desafio para a saúde do trabalhador. Isso, no sentido de expressar a manifestação do sofrimento como transtorno psíquico resultante da relação sujeito e trabalho precarizado⁹.

A implantação da Vigilância em Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) tem sido induzida, então, pelas diretrizes da RENAST articulada com a Vigilância em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Têm os CERESTs como seus principais articuladores⁴.

De acordo com o Ministério da Saúde, a Vigilância em Saúde do Trabalhador realizada pelos CERESTs deve se ocupar da prevenção dos TMRT tendo por base os procedimentos de vigilância dos agravos à saúde e dos ambientes bem como a vigilância das condições de trabalho¹⁰. Para tanto, necessita reconhecer e considerar a determinação social do processo saúde-doença e da SMRT.

A SMRT parte do pressuposto de que o trabalho é um elemento de construção de subjetividades, que pode interferir ou até mesmo contribuir para a relação saúde-doença mental⁹. Se articula com a Saúde do Trabalhador (ST), ao considerar a historicidade apresentada e vivida pelos trabalhadores, inseridos ou não no mercado de trabalho e nos diferentes contextos: geopolíticos, socioeconômicos e culturais; de forma a alcançar a subjetividade dos que vivem do trabalho ou dos que se encontram fora do contexto produtivo e que sofrem por esse motivo^{9,11}.

A relação entre doença mental e trabalho como resultado do trabalho alienado expresso no trabalho assalariado favorece situações precárias de trabalho. Essas, por sua vez, são diagnosticadas e classificadas como transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho (TMRT) de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e que é assim assumido pelo Ministério da Saúde¹².

Ainda que seja percebido um aumento no número de situações de adoecimento mental de trabalhadores em decorrência do contexto atual do mundo do trabalho¹³, seu reconhecimento se apresenta como desafio para os profissionais de saúde. Essa situação se expressa na dificuldade destes profissionais em considerar e estabelecer a relação entre adoecimento mental e trabalho^{8,11,13}.

A ilustração dessa dificuldade encontra-se em dados sobre afastamentos do trabalho. Em 2006, foram concedidos pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), 272.609 benefícios aos trabalhadores com diagnóstico de transtorno mental, destes, somente 612 foram reconhecidos na sua relação com o trabalho¹¹.

Em 2007, a dificuldade de estabelecimento do nexo causal também foi encontrada. Do total dos afastamentos por incapacidade para o trabalho, entre trabalhadores segurados do INSS, 11,8% foram atribuídos aos transtornos mentais¹⁴. No entanto, quando estabelecido o nexo entre saúde mental e trabalho, esse percentual caiu para apenas 2,8%¹⁴.

Estudos realizados em Mato Grosso trouxeram elementos da relação entre saúde mental e trabalho. Estes mostraram associação entre a migração e os transtornos mentais¹⁵; reconheceram a precarização dos vínculos de trabalho entre trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Mato Grosso¹⁵ no elevado número de trabalhadores de enfermagem que realizam duplas ou triplas jornadas de trabalho em um hospital universitário público¹⁶. Ou ainda, no fato de que estudantes adolescentes trabalhadores apresentaram-se como maiores consumidores de álcool e outras drogas em relação aos não trabalhadores¹⁷.

Mato Grosso possui um contexto socioeconômico que pode interferir na saúde mental dos trabalhadores: expressivo processo de migração¹⁵; situações de trabalho análogas ao trabalho escravo¹⁸ e temperaturas elevadas¹⁹.

Especificamente, não foram encontrados estudos que tivessem como foco as iniciativas do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador de Mato Grosso (CEREST/MT) em torno do tema em questão. Chama a atenção esse silêncio científico pelo fato de que, socialmente, houve um reconhecimento das interferências do trabalho, no estado, na vida psíquica do trabalhador^{20,21}.

Assim, tomando o CEREST em âmbito estadual como um espaço privilegiado para a consecução de ações estratégicas para a implantação da Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT), o objetivo deste trabalho foi analisar as concepções e práticas de vigilância em saúde mental relacionadas ao trabalho presentes no CEREST/MT.

Métodos

O problema de pesquisa está situado na interface entre a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), incluindo a saúde mental na sua relação com o trabalho, no nível estadual e das ações preconizadas para o atendimento das necessidades de saúde mental dos trabalhadores. Isso com ênfase na SMRT no âmbito do CEREST/MT, tomando-se como elementos para a ação, as normas, planos e

as concepções e práticas dos agentes institucionais diretamente envolvidos.

Partiu-se das indagações: Existem ações desenvolvidas no CEREST/MT que expressem o reconhecimento da relação entre o trabalho e a saúde mental? De que maneira essas ações encontram-se inseridas ou não no processo de trabalho da equipe? Quais são as concepções e práticas em SMRT que fundamentam essas ações?

Para a apreensão dessas concepções foi necessário identificar e entender a ação dos sujeitos inseridos no contexto institucional do CEREST/MT. Com esse propósito, a ação comunicativa apresentada por Rivera²², com base na teoria de Habermas, foi considerada no processo de conhecimento e reconhecimento tanto das normas institucionais quanto das ações que norteiam as práticas voltadas para a SMRT, no âmbito do CEREST/MT.

A ação estratégica extrapola o ato de fala e corresponde ao não dito manifesto pela linguagem seja verbalmente expressa ou não. Dessa maneira, o agir dos sujeitos institucionais se torna crucial para o desenvolvimento ou não de uma determinada ação.

Foram utilizadas estratégias de pesquisa documental, observação participante do cotidiano do trabalho dos agentes e entrevista aberta para a coleta de dados.

A observação participante no CEREST/MT ocorreu por três meses e juntamente com a entrevista aberta realizada com seis técnicos e três gestores, estas se tornaram técnicas privilegiadas para obtenção de informações de pesquisa qualitativa.

Para os entrevistados foram atribuídas letras por ordem alfabética, respeitando-se o sigilo recomendado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Pesquisa e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM onde o projeto recebeu aprovação por meio do Parecer nº 159/CEP/HUJM/2011.

A interpretação dos dados serviu da análise de conteúdo temática com o propósito de descobrir os núcleos de sentido que compõem uma

comunicação. Isso, considerando que a presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado²³.

As etapas que compuseram a análise de conteúdo temática dos dados foram: leitura de material; agrupamento das respostas; classificação das concepções dos sujeitos e de suas derivações (fragmentos); identificação das respostas de maior frequência com significado diante do objeto deste trabalho; realização de apontamentos analíticos iniciais e análise.

A análise dos dados se apoiou no referencial que considera a centralidade do trabalho na vida humana que, juntamente com os preceitos da ST e SMRT, fundamentaram esse artigo e permitiram um olhar comparativo entre o prescrito e o real já que a abrangência política desses se ancora na ampliação dos determinantes da saúde do trabalhador e que o reconhecimento dos TMRT materializa a junção de dois campos complexos da área de saúde: a saúde do trabalhador e a saúde mental. Esses transtornos são compreendidos como aqueles descritos no Grupo V da CID-10^{10,24}, formalmente descritos e inclusos na lista de doenças relacionadas ao trabalho, instituída pela portaria 1339/GM/1999²⁴.

Resultados

Os agentes institucionais: Dados sociodemográficos

No período de coleta de dados, a equipe do CEREST/MT era composta por quinze trabalhadores entre gestores, técnicos e pessoal de apoio. A formação básica da equipe se apresentou bastante diversificada e distribuiu-se da seguinte forma: três enfermeiros, dois biólogos, dois farmacêuticos, um engenheiro agrônomo, um jornalista, um assistente social, um contador, um administrador de empresas, um pedagogo, um bacharel em sistema de informação e um fisioterapeuta. Houve predominância do sexo feminino (nove) e de Profissionais Técnicos de Nível Superior do Serviço de Saúde (onze) que é um cargo da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MT).

Priorizou-se as entrevistas com nove trabalhadores de nível universitário, responsáveis

pela implantação das ações, entre eles três gestores e seis técnicos, sendo cinco do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Cinco dos entrevistados são casados; três solteiros; e um viúvo. Oito mantinham vínculo de trabalho efetivo com o SUS, sendo apenas um prestador de serviço, e este ocupava um dos três cargos de confiança. Quanto ao tempo de trabalho no SUS, cinco possuem mais de dez anos; três entre seis e dez anos; e um entre dois e quatro anos.

Os anos de trabalho na área de saúde do trabalhador identificados são: quatro entrevistados possuem menos de dois anos de trabalho com saúde do trabalhador; um trabalha entre quatro e seis anos; dois trabalham entre seis e oito anos; e dois têm mais de oito anos de serviço com saúde do trabalhador. Seis entrevistados realizam jornada de trabalho de 40 horas semanais, sendo que entre esses, dois possuem outro vínculo de trabalho. Dos três que realizam jornada de 30 horas semanais, um deles possui outro vínculo de trabalho.

Quanto à pós-graduação, sete a possuem e dois não. Entre os que possuem cinco são especialistas; um é mestre e um é doutor. Entre os especialistas, três possuem especialização em saúde pública. Apenas um realizou capacitação em saúde mental.

Os dados mostram que a equipe do CEREST/MT, embora seja diversificada em sua composição, possui uma restrição quanto ao número de profissionais com formação na graduação na área das ciências da saúde. Isso, por sua vez, impacta negativamente na atuação do serviço como retaguarda para a assistência médica.

Concepções e práticas de trabalho, saúde mental e SMRT pela ótica dos agentes institucionais do CEREST/MT

As concepções dos agentes entrevistados acerca de trabalho, saúde mental e SMRT foram classificadas em: trabalho como base material; saúde mental e mercado de trabalho e SMRT como doença incapacitante para o trabalho. A concepção de trabalho como base material necessária ao sustento e à aquisição material foi a mais frequente entre os informantes:

Informante E: Trabalho é a relação de venda de um tempo, empréstimo de uma atividade em troca de um benefício monetário ou não monetário, ou um benefício diverso do monetário, mas é sempre em função de uma troca entre pessoas ou entre empresas (...)

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

Essas expressões são coerentes com o pensamento de que pela relação de mercado o trabalho possibilita a manutenção das relações cujo principal valor é a sua instrumentalidade para o sucesso econômico²⁵.

No que trata da concepção de saúde mental, o fragmento que identifica saúde mental como alteração de comportamento que interfere na capacidade produtiva, remete à concepção de saúde mental como produto das relações sociais de produção. Nessa concepção, a produção da loucura está intimamente relacionada à capacidade produtiva: ao perder a razão o sujeito também deixa de participar do processo produtivo, onde diferentes práticas sociais produzem “objetos e sujeitos conforme” o modo de produção vigente²⁶, conforme segue:

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

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

Informante G: A pessoa tem que poder desenvolver todas as atividades. Ou seja, ter uma vida normal. É interessante fazer uma ligação da saúde mental com o trabalho, porque, se a pessoa não estiver com boa saúde mental ela não vai conseguir desenvolver o trabalho e mesmo interagir.

Essa compreensão se aproxima em muito da expressão que identifica saúde mental como doença mental caracterizada por um transtorno. Aproxima-se dos resultados encontrados em estudo que afirma existir entre os trabalhadores de saúde uma prática voltada para a individualidade da ação curativa o que sugere a centralização da doença em si. Tal concepção marginaliza as questões sociais e os demais fatores determinantes da vida²⁷.

Na compreensão calcada na abordagem sociológica em que os problemas de saúde são apreendidos em sua dimensão social e não individual, estas falas reforçam a premissa de que há valorização das questões referentes a diagnósticos biomédicos²⁸. Esse modo de compreender a saúde mental como doença incapacitante para o trabalho comunga com o pensamento orientado para a produção de riquezas favorecendo a manutenção das relações capitalistas, e reafirma a constatação de que há no modelo biomédico da psiquiatria uma preocupação centrada na doença e não na pessoa²⁶.

A perspectiva do campo denominado saúde mental, que compreende que as manifestações de sofrimento mental identificadas nas pessoas ocorrem em determinados contextos relacionais e socioculturais concretos¹⁵, não foi encontrada nas falas dos participantes.

Dessa maneira, o entendimento apontado no discurso dos agentes fragmenta a integralidade humana uma vez que está centrada na doença e não na pessoa ou nas relações e organização do trabalho. Pode-se apontar que esta limitação conceitual e de práticas desfavorece a efetivação das ações em Vigilância à Saúde do Trabalhador e está representada pelo pensamento cartesiano²⁸.

A compreensão sobre SMRT encontrada e que representa a hegemonia em torno do tema foi a “incapacitação do trabalhador para a atividade produtiva” exigida pelo mercado:

Informante D: condição psíquica que o trabalhador deverá ter no ambiente de trabalho. Um ambiente de trabalho saudável, condições de trabalho adequadas para desenvolver tarefas e que, ao longo do período que estiver no ambiente de trabalho, não tenha comportamentos que alterem

as suas atividades durante todo o processo de vida útil no trabalho. Que comece a trabalhar e saia do seu ambiente de trabalho, indo e voltando da sua casa para o trabalho sem alguma anormalidade nos seus comportamentos (...) para realizar suas tarefas e seu deslocamento.

A fragilidade conceitual acerca das categorias necessárias para a organização e realização de ações de SMRT é bastante expressiva e desfavorece a efetivação de práticas desse campo em nível estadual. O fato de que ainda que os técnicos se insiram em comissões interinstitucionais ou intersetoriais, como as ações de combate ao trabalho infantil, as práticas têm sido pontuais e esporádicas.

As práticas de trabalho identificadas no período de observação foram: organização de atividade educativa sobre assédio moral no trabalho no âmbito do serviço de saúde; organização da capacitação dos protocolos clínicos para as unidades sentinelas, e entre eles o protocolo de TMRT e processamento dos dados de notificação no SINAN, que nesse período não teve casos notificados ou suspeitos para esse agravo.

A equipe reconhece, unanimemente, que a capacitação sobre o protocolo clínico de TMRT é a única prática que realizam no âmbito do CEREST/MT e dessa forma afirmam que não realizam ações de SMRT:

Informante A: (...) a gente não tem uma política de atenção à saúde mental dentro do serviço.

Reconhecem as fragilidades internas ao CEREST/MT bem como da rede de saúde:

Informante H: é preciso melhor organização não só da rede, mas também da própria equipe. Ter profissionais que compreendam o tema com propriedade para conseguir dar um suporte adequado para a rede de assistência no sentido de diagnóstico precoce do trabalhador que está adoecendo no trabalho mentalmente.

Informante B: com relação à saúde mental a gente tem pouca notificação e, assim mesmo, a gente tem dúvida, se foi bem... pesquisado...então

aquele transtorno tanto pode ter sido ocasionado pelo trabalho como pela pressão social mesmo (...) questão familiar, tem uma série de coisas (...)

Dessa maneira, as escassas ações identificadas acerca da VISAT em SMRT encontradas apenas nas propostas de capacitações sobre protocolos clínicos ministradas às unidades sentinelas e no processamento das fichas de notificação de TMRT, refletem a própria limitação conceitual e de práticas acerca da Vigilância em Saúde do Trabalhador^{3,6}, haja vista que são isoladas, assistemáticas e pontuais^{29,32}. Se distanciam conceitualmente das ações de vigilância previstas para a área de SMRT, como aquela que deve considerar a multiplicidade de fatores envolvidos na determinação social dos TMRT¹⁰ e nas ações de promoção da saúde de cunho coletivo que devem ser deflagradas pelo serviço de vigilância^{1,5,32}.

Interferem nas ações à medida que na análise documental das fichas de notificação de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho (TMRT), encontradas em número reduzido para a realidade do estado, diante do número de afastamento por TMRT do INSS para o mesmo período, a qualidade dos dados se mostrou questionável: cinco das dezessete fichas de notificação tinham o campo de diagnóstico em branco, onze, o tempo de exposição em branco e quatro não registravam o regime de tratamento.

Contrariando a conduta do MS¹⁰, foi constatada ausência de ações de vigilância à SMRT. Essa constatação favorece um distanciamento entre o CEREST/MT e a rede do SUS: nenhuma medida definida como de Vigilância dos casos de TMRT foi observada nos registros e também nas entrevistas, diante dos casos notificados como preconizado¹⁰. Mais especificamente, no item da ficha de investigação do SINAN, referente à conduta adotada pelo serviço que notificou o TMRT, apenas em três situações foi identificado que houve interferência do serviço no sentido de realizar medidas de proteção individual e mudança na organização do trabalho.

Mesmo tendo sido encontrado registro nas fichas de notificação de TMRT, que em seis locais de trabalho outros trabalhadores já manifestaram

a mesma doença notificada, nenhum registro de medida de proteção coletiva foi identificada como conduzida ou adotada pelas unidades sentinelas ou unidades notificadoras como recomendação ao empregador que orientasse sobre as medidas de proteção e controle a serem adotadas e informadas aos trabalhadores, como preconiza o MS¹⁰. Tão pouco o CEREST/MT olhou para esses dados como uma necessidade de saúde do trabalhador que demandava intervenção.

A fragilidade conceitual encontrada evidenciou a personalidade presente nas concepções identificadas no CEREST/MT, e os fragmentos conceituais encontrados não podem ser considerados como representativos da condução institucional. Essas são algumas limitações encontradas a exemplo de outras na organização dos CERESTs estaduais e que podem estar relacionadas com a centralidade do modelo assistencial individualizado e o baixo investimento nas ações de promoção da saúde, dentre outras ⁵.

Por outro lado, ao relacionar tão fortemente que a saúde mental incapacita o trabalhador para o processo produtivo, há uma oposição conceitual à afirmação de que em se tratando da ST e de suas premissas, no campo das práticas, no âmbito do SUS, o entendimento que deveria haver e prevalecer é o de que a desigualdade é justamente provocada pela relação entre capital e trabalho. Deveria ser muito fortemente encontrada a premissa de que nas ações da ST, diante dessa relação desigual, deveria-se ter por objetivo proteger a saúde do trabalhador que pertence ao lado mais frágil dessa relação¹³.

No entanto, as falas reiteram a afirmação de que há na saúde do trabalhador, por parte de trabalhadores e gestores, a reprodução da ideologia dominante da sociedade¹³. Mais que isso, essas concepções são encontradas nos próprios CERESTs. A explicação para essa conduta permeada por implicações éticas que afetam o campo se encontra no fato de que houve a substituição dos militantes da saúde do trabalhador por profissionais sem experiência na área, e que não tinham interesse por tal.

Considerações finais

As limitações de concepção e práticas dos agentes institucionais apontam como insuficientes as iniciativas em definir e implantar ações integrais concretas para a área que tem como principal entrave o não reconhecimento da centralidade do trabalho enquanto determinante social dos agravos da saúde geral da população e limitação na abrangência de suas intervenções¹.

Por um lado, carecem de apropriação, para além do conteúdo técnico, da perspectiva ideológica, política e ética em relação à Saúde do Trabalhador. A criação da RENAST pode ser considerada como um avanço, mas, no entanto, pode ter favorecido somente as ações assistenciais no âmbito da saúde, sem conseguir, portanto, avançar em direção às outras ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador e quiçá na interferência na macropolítica⁴.

Por outro lado, os CERESTs foram criados na lógica da especialização e referência secundária, em contraposição à incorporação da saúde do trabalhador pela atenção básica. Com essa especificidade, ocorreu a restrição da abrangência da área pela rede especializada promovendo a dicotomia entre assistência e vigilância à saúde⁴.

Assim algumas limitações nas ações dos CERESTs podem ser identificadas. Dentre elas, está a centralidade do modelo assistencial individualizado e o baixo investimento nas ações de promoção da saúde, dentre outras⁵. Outra limitação encontra-se no baixo investimento pessoal tanto técnico quanto político e subjetivo dos trabalhadores, o que para esse campo é fundamental³⁰.

A escassez de ações de saúde mental do trabalhador fica evidente diante da lacuna existente entre o técnico e o político, identificada na pesquisa, por meio das entrevistas e da observação e que necessita ser superada para que haja alinhamento com as propostas dos campos da saúde mental e da saúde do trabalhador.

Tal fragilidade pode esconder a importância destas questões na condução política e ideológica no CEREST/MT e na condução da SES/MT, onde o poder político encontra-se majoritariamente nas

mãos do empresariado, do agronegócio e das empresas privadas em saúde, sendo percebida no não investimento em ações de promoção e prevenção em saúde e principalmente na organização do serviço e fragilidade da equipe de saúde, não engajada técnica e politicamente para organizar a área de SMRT. Situações essas que nos desafiam na militância e também na realização de outros estudos.

No entanto, a força desse campo, que congrega a saúde mental na sua relação com o trabalho, a exemplo da constituição do próprio SUS, se difere de outros países de modo de produção capitalista por ser praticamente o único que busca engendrar a relação saúde-trabalho para a esfera de abrangência da saúde pública e não enquanto meros serviços previdenciários resultantes da concepção da relação trabalho-previdência.

Por outro lado, enquanto prática dos serviços, muito ainda deve ser percorrido para assegurar que a saúde do trabalhador tenha dimensões de direito ampliado e irrestrito, garantido por meio de políticas públicas de forma que as ações em saúde do trabalhador se constituam na base de um modelo de vigilância da saúde que pressupõe ação de promoção, prevenção e reabilitação³¹.

Referências

1. Gomez CM. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configuração e transfigurações. *In*: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL (Org). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 2011. p. 23-34.
2. Dias EC, Silva TL, Reis JC, Campos AS. Desenvolvimento de ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). *In*: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL (Org). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 2011. p. 107-122.
3. Ministério da Saúde. Portaria 1.679/GM/MS de 20 de setembro de 2002. Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 21/09/2002. [acesso em 2012 Jan 10]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1679.htm>.
4. Vasconcellos LCF, Machado JMH. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: ampliação do objeto em direção a uma política de estado. *In*: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL (Org). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 2011. p. 37-65.
5. Santos AP, Lacaz FAC. Saúde do Trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. *In*: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL (Org). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 2011. p. 87-105.
6. Dias EC, Chiavegatto CV, Silva TL, Reis JC, Silva JM. Construção da RENASt em Minas Gerais: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador 2002-2007. *Rev Méd de Minas Gerais* 2010;20(2) supl2:66-74.
7. SES/MT- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO. RENASt em Mato Grosso. Cuiabá; 2011b. [acesso em 2011 Jul 02] Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/suvs/a/cerest.php>.
8. Sato L, Bernardo MH. Saúde Mental e trabalho: os problemas que persistem. *Rev. Cienc & Saúde Col* 2005;10(4):869-878.
9. Araújo TM de. Revisão de abordagens teórico-metodológicas sobre saúde mental e trabalho. *In*: Gomez CM, Machado JMH, Pena PGL (Org). Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Ed FIOCRUZ; 2011. p. 325-343.
10. Ministério da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Normas e Manuais Técnicos. Brasília; 2001 [acesso em 2012 Jan 16]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf.

11. Seligmann-Silva E. Saúde mental no trabalho contemporâneo. In: Congresso de Stress da International Stress Management Association (ISMA-BR). Porto Alegre; 2009.
12. Ministério da Saúde. Ficha de investigação de doença relacionada ao trabalho. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. SINAN NET. SVS. [acesso em 2005b Set 27] Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/suvsa/arquivo/813/documentos>>
13. Bernardo MH, Garbin ADC. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. Rev Bras Saúde Ocup 2011;36(123):103-117.
14. Lancman S, Toldrá RC, Santos MC. Reabilitação profissional e saúde mental no trabalho. In: Glina DMR, Rocha LE (Org). Saúde Mental no Trabalho: da teoria à prática. São Paulo: Roca; 2010. p. 98-112.
15. Oliveira AGB, Terzian ACC, Luchese R, Conciani ME, Ataíde IFC. Análise da efetividade das práticas terapêuticas dos CAPS de MT: Relatório de pesquisa. PRATICAPS-MT/CNPq. Cuiabá; 2008.
16. Oliveira AGB, Conciani ME. Assistência à saúde mental em hospital geral universitário: Relatório de pesquisa. SAMEGE/CNPq. Cuiabá; 2011.
17. Souza DPO, Silveira FDX da. Uso recente de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes adolescentes trabalhadores e não trabalhadores. Rev Bras Epidemiol 2007;10(2):276-87.
18. Ministério do Trabalho e Emprego. Divisão de Fiscalização para Erradicação do Trabalho Escravo-DETRAE-SIT/SRTE. Relatórios específicos de fiscalização para erradicação do trabalho escravo. Brasília, 2011. [acesso em 2012 Jan 26] Disponível em <http://portal.mte.gov.br/trab_escravo/resultados-das-operacoes-de-fiscalizacao-para-erradicacao-do-trabalho-escravo.htm>
19. Bitencourt DP, Ruas AC, Maia PA. Análise da contribuição das variáveis meteorológicas no estresse térmico associada à morte de cortadores de cana-de-açúcar. Cad Saúde Pública 2012;28(1):65-74. [periódico na internet]. [acesso em 2012 Jan 27] Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102>
20. Rodrigues C. Problemas psicológicos afastam professores. A gazeta. Seção 3b. 1 de jun de 2012.
21. Brandão R. O vício das drogas no seio da polícia militar. Folha do Estado. Caderno Cidades. 2012 Out 21; 11.
22. Rivera, FJU. Agir comunicativo e planejamento social (uma crítica ao enfoque estratégico). Rio de Janeiro: Ed Fiocruz; 1995.
23. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 10ª Ed. São Paulo: Ed HUCITEC; 2007.
24. Ministério da Saúde. Portaria nº 1339/GM de 19 de novembro de 1999. Dispõe sobre a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho. Publicada no Diário Oficial da União de 19/11/1999. [acesso 2012 Jan 17] Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/saudetrabalhador/portarias/Portaria%201339.doc>>
25. Borges LDEO. As concepções de trabalho: um estudo de análise de conteúdo de dois periódicos de circulação nacional. Rev de Administ Contemp 1999;3(3):81-107.
26. Torre EH, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Rev Ciênc Saúde Colet 2001;6(1):73-85.
27. Rodrigues CR, Figueiredo MA de C. Concepções sobre a doença mental em profissional, usuários e familiares. Rev Estud Psicol. 2003;8(1):117-125.
28. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia Médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cader Saúde Públ 1994;10(4): 497-504.
29. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. Coordenação de Saúde do trabalhador. Relatório de Gestão 2007. Documento interno, 2007.

30. Oliveira AGB de, Marcon SR, Conciani ME, Temponi JR. Qualidade de vida entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Rev Espaço para a Saúde 2014;15(1):06-13.

31. Merhy E, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (Org). Dicionário de Educação profissional em saúde. 2 ed rev e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008; p. 427-432.