



**SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE**

**GOVERNO DE
GOIÁS**

Superintendência de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador
Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
Núcleo de Psicologia

Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

Elise Alves dos Santos

Ana Flávia Coutinho

Cleide Monteiro

Leilyane Oliveira Araújo Masson

Taufic Saba

Goiânia, 2018.

Governador de Goiás

José Eliton de Figuerêdo Júnior

Secretário de Estado da Saúde de Goiás

Leonardo Moura Vilela

Superintendência de Vigilância em Saúde

Maria Cecília Martins Brito

Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Tânia da Silva Vaz

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

Huilma Alves Cardoso

Organização/coordenação

Elise Alves dos Santos

Ana Flávia Coutinho

Grupo Elaborador

Elise Alves dos Santos (CEREST Goiás / Universidade de Brasília)

Ana Flávia Coutinho (CEREST Goiás)

Cleide Monteiro (Instituto Sedes Sapientiae / São Paulo)

Leilyane Oliveira Araújo Masson (Universidade Federal de Goiás)

Taufic Saba (Gerência de Saúde Mental - Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde).

Colaboradores externos

Álvaro Roberto Crespo Merlo (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)

Elizabeth Cristina Landi (Pontifícia Universidade Católica de Goiás)

Lourival Belém Junior (Gerência de Programas Espaciais - Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde)

Lucianne Sant'Anna Menezes (Universidade Federal de Uberlândia)

Luiza Ferreira Rezende de Medeiros (Instituto Federal Goiano)

@2018 by autores

Direitos para esta edição cedidos para CEREST/SUVISA

Revisão ortográfica

Geraldo Arce Prestes (Coordenação Técnico Pedagógica / Gerência da Escola de Saúde Pública / Superintendência de Educação em Saúde e Trabalho para o SUS / Secretaria de Estado da Saúde de Goiás)

Projeto gráfico, Ilustrações e editoração

À definir

GOI dir 2018	<p>GOIÁS. Governo do Estado de Secretaria de Estado da Saúde; Superintendência de Vigilância em Saúde; Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.</p> <p>Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho / Secretária de Estado da Saúde de Goiás; Superintendência de Vigilância em Saúde; organizadores: Elise Alves dos Santos; Ana Flávia Coutinho; Cleide Monteiro; Leilyane Oliveira Araújo Masson; Taufic Saba. Goiânia: SUVISA, 2018.</p> <p>84 p. il.</p> <p>1.Título; 2. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas; 3. Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho. 4. Vigilância em Saúde.</p> <p>CDU –616.89:331.4</p>
--------------------	---

Ficha catalográfica : Biblioteca Especializada/Coordenação-Geral de Educação e Comunicação em Vigilância em Saúde

CEREST/SUVISA

Avenida 136, Nº 960, Setor Marista,

Executive Tower, 11º andar, Goiânia-GO, Brasil

Tel.: (62) 3241 2695

(62) 3241 2870

<http://www.visa.goias.gov.br/pagina/ver/7707/vigilancia-em-saude-do-trabalhador>

SUMÁRIO

<u>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS</u>	5
<u>APRESENTAÇÃO</u>	7
<u>1. INTRODUÇÃO</u>	10
<u>1.1 Objetivo:</u>	13
<u>1.2 Público-alvo:</u>	14
<u>1.3 População-alvo:</u>	14
<u>2. A SAÚDE MENTAL NO TRABALHO COMO DIREITO</u>	14
<u>2.1 A Saúde Mental do Trabalhador no âmbito do SUS</u>	19
<u>2.2 A Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial</u>	22
<u>3. DELINEAMENTO CONCEITUAL SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E SUA RELAÇÃO COM O MUNDO DO TRABALHO</u>	24
<u>3.1 Transtornos mentais</u>	27
<u>3.2 Sobre as mudanças no mundo do trabalho e o processo da precarização do trabalho</u>	29
<u>3.3 Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho</u>	31
<u>3.4 Epidemiologia dos TMRT</u>	34
<u>4. NEXO CAUSAL DE TMRT</u>	36
<u>4.1 Considerações sobre as atribuições dos profissionais de saúde para o estabelecimento do nexa causal</u>	37
<u>4.2 O que fazer após o estabelecimento do nexa causal?</u>	42
<u>5. ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR</u>	44
<u>5.1 Processo diagnóstico e terapêutico</u>	45
<u>5.1.1 Considerações sobre classificação diagnóstica na Ficha de Notificação de TMRT</u>	50
<u>5.2 A questão da escuta no atendimento ao trabalhador</u>	52
<u>6. DIRETRIZES PARA O CUIDADO EM TMRT</u>	53
<u>6.1 Níveis de atenção para TMRT</u>	55
<u>6.2 Acolhimento</u>	56
<u>6.3 Construção de caso</u>	56
<u>6.4 Projeto Terapêutico Singular</u>	57
<u>6.5 Intervenções em Situações de Crise</u>	58

<u>6.6 Prevenção de riscos psicossociais</u>	60
<u>7. VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR</u>	60
<u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	62
<u>REFERÊNCIAS</u>	64
<u>Anexo 1. Bibliografia sugerida para estudos de caso sobre a temática</u>	71
<u>Anexo 2. Ficha TMRT - SINAN</u>	72
<u>Anexo 3. Participantes das oficinas de trabalho para discussão acerca das DDT-TMRT</u>	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária em Saúde

ASM - Atenção à Saúde Mental

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

DDT – Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas

DMHAS - Department of Mental Health and Addiction Services

DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

DSM - Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders

ESP - Evento de Saúde Pública

FIRAAS - Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador

IAO - Inventário de Avaliação Ocupacional

ICD - Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines

INSS - Instituto Nacional de Seguridade Social

LEM - Laudo de Exame Médico

LER - Lesões por Esforços Repetitivos

NASF - Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAIR - Perda Auditiva Induzida por Ruído

PIDCP - Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos

PIDESC - Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais

PNSIPCF - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta

PROART - Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais relacionados ao Trabalho

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

RSI - Regulamento Sanitário Internacional

SAMU - Serviços de Atendimento Móvel de Urgência

SAT - Seguro Acidente de Trabalho

SESMT - Serviços Especializados em Engenharia e Medicina do Trabalho

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SMRT - Saúde Mental Relacionada ao Trabalho

SUS - Sistema Único de Saúde

TMRT - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

UPA - Unidade de Pronto atendimento

VISAT - Vigilância em Saúde do Trabalhador

APRESENTAÇÃO

Estas diretrizes disponibilizam recomendações, baseadas em referências especializadas para o acolhimento, diagnóstico e acompanhamento de sujeitos com suspeita ou diagnóstico de transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT). Dirige-se aos profissionais dos diferentes serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), na atenção básica, na média e alta complexidade.

A construção deste material decorre de esforços do Grupo Elaborador das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (DDT-TMRT). Este grupo é coordenado pelo Núcleo de Psicologia do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador da Superintendência de Vigilância em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, e composto por representantes da Universidade Federal de Goiás, Projeto Laborar do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae e Gerência de Saúde Mental da Superintendência de Política de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (COUTINHO& SANTOS, 2016a).

A fim de promover um momento de participação e discussão sobre a temática, no dia 14 de agosto de 2018, foi realizada a “Oficina de Consulta Pública das Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho”. Esta oficina contou com a participação de 118 profissionais ligados ao campo da Saúde Mental e foi organizado pelo Cerest Estadual de Goiás.

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) do Estado de Goiás, segundo Portaria Nº 1.206, de 24 de outubro de 2013, é um estabelecimento de atenção especializada em Saúde do Trabalhador, que dispõe de serviço de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), além de prestar, à rede de serviços do SUS, suporte técnico-pedagógico e clínico-assistencial para a atenção integral à saúde dos usuários trabalhadores urbanos e rurais, o que compreende as ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013).

As disposições do Capítulo II do Anexo X da Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017, § 3º, incisos de I a V – sobre o modo de implantação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)–, justificam o trabalho de redação das DDT-TMRT:

- Estruturação da rede de referência de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- Inclusão das ações de Saúde do Trabalhador na Atenção Básica por meio da definição de protocolos, estabelecimento de linhas de cuidado e outros instrumentos que favoreçam a integralidade;
- Implementação das ações de promoção e vigilância em saúde do trabalhador;
- Instituição e indicação de serviços de Saúde do Trabalhador, de retaguarda de alta e média complexidade já instalados, aqui chamados de Rede de Serviços Sentinela em Saúde do Trabalhador;
- Caracterização de Municípios Sentinela em Saúde do Trabalhador.

Ainda conforme manual da RENAST (2006), o CEREST Estadual deve promover eventos técnicos, elaboração de protocolos clínicos e manuais. As presentes diretrizes diagnósticas e terapêuticas para transtornos mentais relacionados ao trabalho configuram o produto da realização desta atribuição do CEREST Estadual direcionadas aos profissionais de saúde mental que atendem trabalhadores, seja na atenção básica, na urgência e emergência ou na atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), com base na Política Nacional de Saúde dos Trabalhadores e Trabalhadoras (BRASIL, 2017a).

Para a nomeação deste documento, a equipe elaboradora partiu da perspectiva de que a linguagem carrega significados e implica posicionamentos de poder. Nesse sentido, decidiu nomear este documento de Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas em Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (DDT-TMRT), considerando que almejar um “Protocolo”, proveniente de linguagens pouco reflexivas para as ciências humanas, não nos auxilia a diferenciar a escolha epistemológica que adotaremos, pois não há um único caminho a ser seguido, tendo em vista a singularidade do sujeito e do tema a ser discutido.

Nesse sentido, assumimos que não há um caminho protocolar para se diagnosticar ou tratar. Certamente por isso, ainda não exista um Protocolo Nacional para o “agravo /doença transtorno mental relacionado ao trabalho”, o único que resiste a um enquadramento. No entanto, existem caminhos tortuosos que podem ser iluminados por diretrizes que consideram o humano em sua perspectiva de ser sujeito de sua própria história.

O diagnóstico de TMRT é importante para fins de pesquisa e planejamentos, mas o essencial no acompanhamento do sujeito é a sua narrativa, como ele se implica na construção de sua própria história. O que deve guiar prioritariamente o acompanhamento de cada sujeito em sofrimento/adoecimento psíquico relacionado ao trabalho é a emergência da singularidade do sujeito a partir de sua fala, juntamente com a análise do contexto de trabalho em que ele está inserido.

Nesta perspectiva, este documento traz uma contextualização da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS), da reforma psiquiátrica e da rede de atenção psicossocial, bem como um delineamento histórico conceitual sobre os transtornos mentais e sua relação com o mundo do trabalho. Também são feitas reflexões acerca das atribuições profissionais relativas ao nexo causal, avaliação, diagnósticos e tratamentos dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, de forma a caracterizar uma legítima vigilância epistemológica para saúde mental.

1. INTRODUÇÃO

Dentro das diretrizes que se estabeleceram a partir da Política de Saúde Mental, constante na Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, que apresenta as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde, o tema do adoecimento mental pelo trabalho merece consideração especial.

O trabalho possui uma significação dentro do contexto da vida humana e uma função de suporte da identidade dos sujeitos em suas vidas adultas. Assim sendo, o que estamos destacando é que o fator subjetivo, absolutamente característico do humano, se manifesta em todo o fazer humano. Não há nada no fazer humano que não remeta a alguma referência de si próprio, ao afeto em seu corpo.

A importância do trabalho para os homens foi ressaltada por Freud (1930/2010, p. 36):

“Nenhuma outra técnica para a condução da vida prende a pessoa tão firmemente à realidade como a ênfase no trabalho, que, no mínimo, a insere de modo seguro numa porção da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que oferece de deslocar para o trabalho e os relacionamentos humanos a ele ligados uma forte medida de componentes libidinais – narcísicos, agressivos e mesmo eróticos – empresta-lhe um valor que não fica atrás de seu caráter imprescindível para a afirmação e justificação da existência em sociedade.”

O sofrimento psíquico resultante de situações de trabalho pode ocorrer quando se elimina ou impossibilita que a relação com o trabalho mantenha um sentido significativo para o trabalhador, promovendo insatisfação e angústia. Insatisfação pelo sentimento de ser robotizado; pelo contato forçado com uma tarefa desinteressante que faz surgir sentimento de indignidade; de não ser capaz, etc. como demonstram as pesquisas de Dejours (1992). Angústia por sentir-se ameaçado e individualmente responsável por não conseguir o desempenho exigido.

Para o estabelecimento do nexos causal entre a organização do trabalho e o adoecimento não é possível um caminho direto. A subjetividade¹ é dinâmica, busca formas de se adaptar ao exigido pela situação do trabalho através de várias

¹[...] o fenômeno psicológico deve ser entendido como construção no nível individual do mundo simbólico que é social. O fenômeno deve ser visto com subjetividade, concebida como algo que se constitui na relação com o mundo material e social, mundo este que só existe pela atividade humana. Subjetividade e objetividade se constituem uma à outra sem se confundir. A linguagem é mediação para a internalização da objetividade, permitindo a construção de sentidos pessoais que constituem a subjetividade. O mundo psicológico é um mundo em relação dialética com o mundo social. Conhecer o fenômeno psicológico significa conhecer a expressão subjetiva de um mundo objetivo/coletivo; um fenômeno que se constitui em um processo de conversão do social em individual; de construção interna dos elementos e atividades do mundo externo. Conhecer-lo desta forma significa retirá-lo de um campo abstrato e idealista e dar a ele uma base material vigorosa (BOCK, 2001)

estratégias, até o limite do adoecimento incapacitante. A subjetividade necessita ser abordada de forma a podermos compreender e dar nome ao que exigiu de todo o psiquismo a utilização de formas de lidar com experiência de trabalho envolvendo medo, ameaça de desemprego, receio do fracasso, perda da dignidade, empobrecimento psíquico, demandas absurdas, competitividade extrema até o limite do colapso que se apresenta como distúrbios de diversas ordens.

O fator desencadeante do adoecimento pode ser, aparentemente, uma mudança externa ou interna até possível de ser identificada, mas está presente nessa crise, toda uma história com suas determinações diversas. Para compreender o funcionamento mental, deve-se lembrar de que a constituição e a dinâmica psíquica são singulares, e, portanto, qualquer compreensão do processo psíquico deve ir além da verificação dos sintomas apresentados e do que se refere à organização do trabalho.

Assim sendo, o referencial psicanalítico, com seus saberes e práticas, pode oferecer elementos que favoreçam o desenvolvimento do projeto terapêutico, pois conceitua o homem na sua dimensão de sujeito de sua própria história, dentro de um contexto sócio-histórico, afetado pelos significados de suas experiências, pelos sofrimentos e conflitos que marcam a vida humana e pelas possibilidades de elaboração e construção de sentidos e alternativas de satisfação para a própria existência.

Não se trata de eliminação do sofrimento/sintoma, mas de sua elaboração para que novas formas de resolução dos conflitos sejam criadas. Essa dimensão psicanalítica inclui o que podemos chamar de ética do cuidado. A psicanálise é, nas palavras de Freud (1909 / 2015), “uma intervenção terapêutica; em si ela nada quer provar, quer apenas mudar algo”. (p. 237).

O cuidado é aquilo com o qual fazemos a recepção de um recém-nascido no mundo, com o objetivo de permitir seu vir-a-ser-humano. O cuidado tem por base mais profunda propiciar para o sujeito uma possibilidade de “fazer sentido” de sua vida e das vicissitudes de sua existência ao longo do tempo, do nascimento à morte. Fazer sentido é a maneira de assegurar a continuidade do sentido da experiência de vida mesmo diante da vivência de grandes abalos que as situações de vida e de trabalho promovem.

As funções do cuidado envolvem a implicação e interesse pelo objeto do cuidado e o reconhecimento dos determinantes internos e externos do sofrimento.

Propicia o testemunho da força do abalo sofrido, o questionamento da posição subjetiva diante do sofrimento, o reconhecimento da veracidade das aflições relatadas, o resgate de aspectos de si mesmo esmaecidos.

Essas funções buscam resgatar o protagonismo do sujeito diante de sua vida. Para se efetivarem, exigem um tempo de processamento.

Cabe ao projeto terapêutico não reproduzir o circuito de desconfiança na queixa do trabalhador, supondo que este queira se aproveitar do benefício da assistência, e obrigando-o a transformar o sofrimento em adoecimento como única forma de ser atendido e corroborar a premissa da medicalização dos males em geral.

Diante de tais características do ser humano, o acolhimento e o projeto terapêutico devem ter sua centralidade na escuta do trabalhador, de sua história de vida, sua trajetória laboral, seus adoecimentos, seus sonhos, projetos e valores.

Cabe ao profissional poder compreender o sujeito que está falando dentro de suas determinações sociais e subjetivas. Devem-se reconhecer as violências vivenciadas, pois a situação em que se encontram os trabalhadores nos seus locais de trabalho – devido em grande parte ao isolamento que a dimensão competitiva e de desempenho maximizado produz – conduz a uma dúvida sobre a veracidade da própria percepção.

“O aspecto da saúde do trabalhador como um processo de produção social nos aproxima novamente da psicanálise, tendo em vista que determinadas psicopatologias, como é o caso do pânico na contemporaneidade, encontram as suas condições de possibilidade no espectro de valores que sustentam a sociedade atual” (MENEZES, 2012, p. 45).

Nota-se a importância de se alimentar os sistemas de informação, pois é com base neles que a área de saúde do trabalhador conforma-se como um diálogo entre profissionais integrados à vigilância em saúde do trabalhador (VISAT). Logo, para alcançar transformações das condições de trabalho, deve-se trabalhar enquanto pesquisa-intervenção, como é pensada a VISAT.

Nestas DDT reunimos recomendações e direcionamentos de competência técnica, no entanto, é fundamental que se trabalhe em prol das condições políticas para mudar, condições de possibilidades de mudança que dependem, segundo Menezes (2012), de todos os implicados nesse diálogo.

1.1 Objetivo:

Disponibilizar recomendações, baseadas em referências especializadas disponíveis, para os serviços de saúde do SUS sobre o atendimento de trabalhadores com suspeita de sofrimento psíquico ou transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT), incluindo os seguintes aspectos: abordagem geral, prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento.

1.2 Público-alvo:

Gestores e profissionais da assistência em saúde mental dos trabalhadores.

1.3 População-alvo:

Trabalhadores com suspeita de sofrimento psíquico ou transtornos mentais relacionados ao trabalho.

2. A SAÚDE MENTAL NO TRABALHO COMO DIREITO

..."a lei não tem como abarcar as expressões mais cautelosas e sutis da agressão humana" (Freud, 1930/2010, p. 78).

Apesar dos esforços da cultura para coibir o mal, algumas agressões são produzidas de forma cada vez mais sofisticadas, "em nome da excelência" (SELLIGMAN-SILVA, 2011, p. 57), ainda assim, o esforço de legislar, ainda que tardiamente, se faz necessário.

Os governos estão submetidos a uma obrigação de respeitar, promover e realizar direitos fundamentais de pessoas com transtornos mentais, conforme definido em documentos internacionais de direitos humanos. Além disso, outras normas como os princípios de Atenção à Saúde Mental – ASM – que representam um consenso internacional, podem ser usadas como diretrizes diagnósticas e terapêuticas e como fundamento para implementar políticas que promovam e protejam os direitos de pessoas com transtornos mentais.

A legislação pode ajudar as pessoas com transtornos mentais a receber atenção e tratamento adequados. Ela pode proteger, promover direitos e prevenir a discriminação. Além disso, pode defender direitos específicos, tais como direito ao voto, à propriedade, à liberdade de associação, a um julgamento justo, a garantias judiciais e revisão de detenções e a proteção em áreas como habitação e emprego. A legislação de justiça criminal pode garantir tratamento e proteção adequados dos direitos de infratores mentalmente enfermos.

Esses são apenas alguns exemplos que ilustram claramente que a legislação de saúde mental é mais do que simplesmente legislação de "atenção e tratamento" limitados a processos de admissão e tratamento involuntários no interior de instituições. No entanto, a despeito do papel crítico da legislação, ela não é a única solução nem uma solução simples para a multiplicidade de problemas enfrentados em saúde mental, sendo apenas uma ferramenta que possibilita alcançar esses objetivos. Mesmo em países com extensa legislação, os sistemas informais podem subverter a intenção legislativa. Um dos objetivos dessas diretrizes é que elas possam facilitar os caminhos de atenção à saúde mental dos trabalhadores com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico.

Os profissionais de saúde mental que não estão familiarizados, por exemplo, com as disposições de uma nova lei, podem continuar com as práticas "costumeiras" na prestação de tratamento, frustrando, com isso, o propósito da

nova legislação de saúde mental. Sem (in)formação adequada – e o pleno envolvimento de uma série de atores – a legislação pode produzir pouco efeito. Um forte envolvimento com a autorregulação ética pelos profissionais de saúde mental é outro componente importante em qualquer sistema. Além disso, uma legislação excessivamente restritiva, ainda que bem intencionada, pode impedir de promover o acesso em atenção à saúde mental (OMS, 2005).

De acordo com o pressuposto de que as leis são necessárias para regular os objetivos da coletividade, as considerações acerca da legislação em saúde mental são referências para proteger, promover e melhorar a vida e bem-estar dos cidadãos com transtornos mentais, que são, ou estão particularmente vulneráveis a abuso e violação de direitos (OMS, 2005).

A legislação de saúde mental, segundo a OMS (2005), representa um meio importante de reforçar as metas e objetivos da política de saúde mental. Quando abrangente e bem concebida, uma política de saúde mental tratará de questões críticas como:

- estabelecimento de instalações e serviços de saúde mental de alta qualidade;
- acesso à atenção de qualidade em saúde mental;
- proteção dos direitos humanos;
- direito dos pacientes ao tratamento;
- desenvolvimento de sólidas proteções processuais;
- integração de pessoas com transtornos mentais à comunidade; e
- promoção da saúde mental em toda a sociedade.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) a legislação internacional das Nações Unidas e demais instrumentos regionais de direitos humanos, devem constituir o marco para elaboração da legislação nacional concernente a pessoas com transtornos mentais ou para a regulamentação de sistemas de saúde mental e serviço social.

Isso porque os governos se encontram sob obrigação, nos termos da legislação internacional de direitos humanos – Declaração Universal de Direitos Humanos (1948 / 2009) –, de garantir que suas políticas e práticas se conformem à legislação internacional obrigatória de direitos humanos – isso inclui a proteção de pessoas com transtornos mentais.

Conforme o exposto acima, estas Diretrizes consideram a Portaria de Consolidação Nº 2, de 28 de setembro de 2017, referente à Política Nacional de

Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, que tem como uma de suas estratégias o processo de capacitação de todos os profissionais do SUS das equipes de saúde mental.

Em 1996, a Comissão sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais adotou o Comentário Geral 5, detalhando a aplicação do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) com respeito a pessoas com deficiências mentais e físicas. A Comissão de Direitos Humanos das Nações Unidas, criada para monitorar o Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos (PIDCP), ainda está para emitir um comentário geral específico sobre os direitos de pessoas com transtornos mentais. Ela emitiu o Comentário Geral 18, que define a proteção contra a discriminação às pessoas com deficiências nos termos do Artigo 26 (OMS, 2005).

Além disso, o Comentário Geral 5 especifica que o direito à saúde inclui o direito a serviços de reabilitação. Isto significa que o direito à saúde também implica o direito ao acesso e benefício de serviços que ampliem a autonomia.

O direito à dignidade também é protegido nos termos do Comentário Geral 5, tanto com relação ao PIDESC quanto ao PIDCP. Outros direitos importantes especificamente protegidos na Declaração Internacional de Direitos Humanos incluem o direito à integração na comunidade, o direito à acomodação razoável (Comentário Geral 5 PIDESC), o direito à liberdade e segurança da pessoa (Artigo 9 PIDCP) e a necessidade de ação afirmativa para proteger os direitos de pessoas com deficiências, o que inclui as pessoas com transtornos mentais (OMS, 2005).

Em suma, tais observações devem se fazer presentes em todo ambiente de trabalho, norteando o tratamento dos trabalhadores com TMRT(ou sua suspeita). O Artigo 12 do Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (PIDESC) estabelece o direito de todos ao desfrute do mais elevado padrão viável de saúde física e mental. Fica óbvio dizer, então, que os trabalhadores com transtornos mentais também têm o direito ao desfrute e proteção de seus direitos humanos fundamentais (OMS, 2005).

Com base nos estudos psicológicos decorrentes das pesquisas em Psicanálise, Psicossociologia e Psicodinâmica do Trabalho, pode-se defender que a psicanálise extensa seja viabilizada em seu mais elevado padrão aos trabalhadores que sofrem ou já se adoeceram psiquicamente, tanto em sua

disponibilidade quanto acessibilidade, enquanto referência para diagnóstico e tratamento dos TMRT.

No prólogo ao relatório sobre a Policlínica Psicanalítica de Berlim (de Max Eitingon), Freud pondera que a psicanálise, juntamente com sua importância científica e valor como método terapêutico, é capaz de assistir indivíduos sofredores na luta pelo cumprimento das exigências da civilização. Para ele, essa ajuda também deveria "ser oferecida ao grande número daqueles que são pobres demais para remunerar o analista por seu penoso trabalho" (1923-1925/2011, p.341). Essa necessidade social apontada por Freud no começo década de 1920 continua atual, considerando a população trabalhadora propensa ao sofrimento psíquico.

O Comentário Geral 14 especifica que o direito à saúde contém tanto liberdades como direitos, que incluem o direito da pessoa de controlar a própria saúde e o próprio corpo, inclusive a liberdade sexual e reprodutiva, e o direito a ser livre de interferência, tal como o direito a ser livre de tortura, tratamento e experimentação médica não consensuais (OMS, 2005).

Os direitos do trabalhador são os mesmos de qualquer usuário dos serviços de saúde mental e aplicam-se igualmente a usuários de outros serviços de saúde. Entretanto, pessoas com transtornos mentais podem requerer proteção especial e adicional devido a uma história de violação de direitos humanos, estigma e discriminação e, às vezes, devido às peculiaridades dos transtornos mentais.

A OMS (2005) ressalta o direito de confidencialidade das informações sobre si mesmas e suas enfermidades e tratamento; tais informações não devem ser reveladas a terceiros sem seu consentimento. Todos os profissionais envolvidos na atenção a pessoas com transtornos mentais têm o dever de prevenir qualquer violação de confidencialidade. A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora também pressupõe, como estratégia, o zelo pela privacidade e confidencialidade de dados individuais identificados, garantindo o acesso necessário às autoridades sanitárias no exercício das ações de vigilância.

É importante que todos os membros da equipe de saúde mental estejam cientes das regras que os obrigam a manter a confidencialidade. Autoridades encarregadas de estabelecimentos de saúde mental também devem certificar-se de que existam processos adequados para salvaguardar a confidencialidade das pessoas com transtornos mentais. Isto significa ter um sistema efetivo em operação

para que somente indivíduos autorizados tenham acesso a anotações clínicas de pacientes ou outros mecanismos de registro de dados, como os bancos de dados eletrônicos.

Os trabalhadores com transtornos mentais também possuem um direito ao livre e pleno acesso a seus registros clínicos mantidos por estabelecimentos de saúde mental e profissionais de saúde mental. Esse direito é protegido por normas gerais de direitos humanos como o Artigo 19 do PIDCP e os Princípios ASM. É possível que em situações excepcionais a revelação dos registros clínicos de uma pessoa possa colocar em risco ou provocar sérios prejuízos à saúde mental dessa pessoa (OMS, 2005).

Às vezes, por exemplo, os registros clínicos contêm informações de terceiros, como parentes ou outros profissionais, sobre um paciente com transtorno mental grave, o qual, se revelado a esse paciente em um determinado momento pode causar uma recaída grave ou, pior ainda, levar o paciente a infligir dano a si mesmo ou a outros. Dessa forma, muitas jurisdições concedem aos profissionais o direito (e dever) de reter tais partes dos registros. Normalmente, a retenção de informações só pode se dar em uma base temporária, até o momento em que as pessoas sejam capazes de lidar com as informações.

Privacidade é um conceito que limita até que ponto a sociedade pode intrometer-se nos assuntos de uma pessoa. Ela inclui a privacidade de informação, privacidade corporal, privacidade de comunicações e privacidade territorial. Esses direitos são frequentemente violados no tocante a pessoas com transtornos mentais. Por este motivo, a equipe de atenção à saúde mental dos trabalhadores deve estar atenta a este direito.

2.1 A Saúde Mental do Trabalhador no âmbito do SUS

"Agora suponhamos que alguma organização nos permitisse aumentar nosso número [de analistas] de forma tal que bastássemos para o tratamento de grandes quantidades de pessoas. Pode-se prever que em algum momento a consciência da sociedade despertará, advertindo-a de que o pobre tem tanto direito a auxílio psíquico quanto hoje em dia já tem a cirurgias vitais. E que as neuroses não afetam menos a saúde do povo do que a

tuberculose e, assim como esta, não podem ser deixadas ao impotente cuidado do indivíduo. Então serão construídos... consultórios que empregarão... [profissionais] de formação psicanalítica, para quem, mediante a análise, sejam mantidos capazes de resistência e de realização de homens que, de outro modo, se entregariam à bebida, mulheres que ameaçam sucumbir sob a carga de privações, crianças que só tem diante de si a escolha entre a neurose e o embrutecimento. Esses tratamentos serão gratuitos. Talvez demore muito até que o Estado sinta como urgente esses deveres. As circunstâncias presentes podem adiar ainda esse momento. Talvez a beneficência privada venha a criar institutos assim; mas um dia isso terá de ocorrer" (FREUD, 1919 / 2010, p. 291-292).

Neste trecho citado acima, vê-se como Freud antecipou como seria necessária a disponibilização, pelo Estado, de tratamentos gratuitos "a grandes quantidades de pessoas", inserindo em sua afirmação o atual princípio consagrado à administração pública de universalidade de acesso à atenção em saúde mental, intuindo que, para acompanhar essa grande necessidade, muitos analistas deveriam estar capacitados por alguma organização, a fim de assegurar o direito dos pacientes ao tratamento. Quase cem anos depois desta consideração de Freud, embora muitos profissionais de saúde hoje no SUS possam identificar a pertinência de um embasamento em psicanálise para os que atendam em serviços de atenção psicossocial, este investimento acontece às custas - seja de dinheiro, tempo ou investimento intelectual (ZYGOURIS, 2011, p. 9) - de cada profissional de saúde que busca sua formação com recursos próprios.

Por outro lado, é preciso marcar a conquista de uma política de Saúde do Trabalhador estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988, e posteriormente regulamentada e definida com a Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90. Ela foi definida como "(...) um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (...)" (BRASIL, 1990).

De acordo com a Portaria de Consolidação Nº 4, de 28 de setembro de 2017, os seguintes agravos / doenças referentes à Saúde do Trabalhador são de notificação compulsória: 1. a. Acidente com exposição a material biológico; 1. b. Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes; 30. Intoxicação

exógena. E, conforme a Portaria de Consolidação Nº 5, os seguintes agravos/doenças referentes à Saúde do Trabalhador² deverão ser monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela: 1. Câncer Relacionado ao Trabalho; 2. Dermatoses Ocupacionais; 3. Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT); 4. Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR); 5. Pneumoconioses e 6. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

Para todos os agravos já existem Protocolos de Complexidade Diferenciada, que oferecem recomendações e parâmetros para prevenção, diagnóstico e tratamento, exceto para o agravo / doença “Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho”.

Além disso, os TMRT são pouco notificados no SINAN. A notificação é “a comunicação da ocorrência de determinada doença ou agravo à saúde, feita à autoridade sanitária por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, para fins de adoção de medidas de intervenção pertinentes” (BRASIL, 2009, p. 21).

Embora a notificação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho possa ser feita por qualquer profissional de saúde do serviço de atendimento que tenha acesso ao diagnóstico clínico, a notificação só ocorrerá conforme o Manual do SINAN, após a confirmação da doença, via diagnóstico clínico com estabelecimento de nexos causal da doença com o trabalho, considerando a história clínica e ocupacional dos riscos da atividade e controle das doenças ou agravos à saúde.

As informações geradas pelas notificações possibilitam a instauração de um processo de informação-decisão-ação de medidas de prevenção (SANTOS & COUTINHO, 2017a). São estas informações que possibilitam as ações de vigilância em saúde do trabalhador (VISAT), que tem como objetivo observar, pesquisar e analisar os fatores que contribuem ou determinam o aparecimento das doenças relacionadas ao trabalho.

Além das ações de vigilância, dentro da perspectiva da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho (SMRT) o CEREST tem um papel fundamental, podendo

²Trabalhadores são todos aqueles que independentemente de sua localização, urbana ou rural, de sua forma de inserção no mercado de trabalho, formal ou informal, de seu vínculo empregatício, público ou privado, autônomo, doméstico, aposentado ou demitido são objeto e sujeitos da Vigilância em Saúde do Trabalhador.

desenvolver ações preconizadas nas Políticas Nacional e Estadual de Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2017 a; GOIÁS, 2012), tais como:

- Conferir apoio técnico, científico, pedagógico, estrutural e logístico para a área de SMRT no âmbito do SUS;
- Articular com as equipes técnicas e demais CEREST, sempre que necessário para a prestação de retaguarda técnica especializada, considerando seu papel no apoio matricial a toda a rede SUS;
- Compartilhar e publicizar informações produzidas por meio da constituição de observatórios, de modo a viabilizar a adequada análise de situação, estabelecimento de prioridades, tomada de decisão e monitoramento das ações;
- Apoiar e desenvolver pesquisas em SMRT.

2.2 A Reforma Psiquiátrica e a Rede de Atenção Psicossocial

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, mas tem uma história própria marcada pela superação do modelo asilar e da crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, por um lado, e na eclosão, por outro, dos esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).³

A Reforma Psiquiátrica busca substituir a assistência em instituições totais por uma rede de serviços de atenção psicossocial de base comunitária; busca desconstruir e reconstruir em novas bases saberes e práticas em Saúde Mental; transformar as relações sociais que sustentam a discriminação, a negligência e a violência para com pessoas com transtornos mental e/ou com uso de drogas, e seus familiares (VASCONCELOS & MEDEIROS, 2016).

Em quase 40 anos de luta pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, temos muitas conquistas: no plano legal e normativo (Lei 10.216, de 6 de abril de 2001) na implantação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) integrada ao SUS (Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017), com variados

³A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. "O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado". (Arouca *apud* Fiocruz, 2018).

dispositivos e serviços, e distribuída em todo território nacional; na experimentação, implantação e sistematização de diversificados dispositivos intersetoriais, terapêuticos, jurídicos, sociais, culturais e de trabalho, que incidem sobre a saúde mental das pessoas.

A atenção psicossocial abrange todas as formas de manifestações do sofrimento psíquico desde as psicoses, as neuroses graves, até os sofrimentos que não conseguimos nomear conforme os manuais de psiquiatria, mas devem ser escutados (DELGADO, 2007).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos são importantes elementos na rede de atenção psicossocial (RAPS) instituída. A RAPS tem como objetivo criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2017b).

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes, conforme Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017:

I - Atenção Básica em Saúde: constituída pelas unidades básicas de saúde, formadas pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidade Básica de Saúde: equipes de atenção básica; equipes de atenção básica para populações específicas; equipe de consultório na rua; equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF);

b) Centros de Convivência e Cultura;

II - Atenção Psicossocial formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III - Atenção de Urgência e Emergência: formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192;

b) Sala de estabilização;

c) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas;

d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro em Hospital Geral;

e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV - Atenção Residencial de Caráter Transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Unidades de Acolhimento;

b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V - Atenção Hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

a) Leitos de psiquiatria em hospital geral;

b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI - Estratégias de Desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

a) Serviços Residenciais Terapêuticos;

VI - Estratégias de Reabilitação Psicossocial:

a) Iniciativas de trabalho e geração de renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

3. DELINEAMENTO CONCEITUAL SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS E SUA RELAÇÃO COM O MUNDO DO TRABALHO

“O progresso do conhecimento [...] não tolera definições rígidas”. (Freud, 1915/2010, p. 52-53).

A OMS (2005, p. 29-30) apresenta os Princípios de Atenção à Saúde Mental (ASM) que utilizam o termo “enfermidade mental”, mas não o definem. Em lugar disso, fornecem diretrizes sobre como uma enfermidade mental pode e não pode ser determinada. Entre essas, incluem-se:

- Uma determinação de enfermidade mental não pode nunca se dar na base de *status* político, econômico, social ou filiação a um grupo cultural, racial, religioso ou por nenhum outro motivo não diretamente relevante ao status de saúde mental.
- Conflito familiar ou profissional, ou não conformidade com valores morais, sociais, culturais, políticos ou convicções religiosas em vigor na comunidade da pessoa não devem nunca ser um fator determinante no diagnóstico de enfermidade mental.
- Um histórico de tratamento ou hospitalização como paciente não justifica em si mesmo nenhuma determinação presente ou futura de enfermidade mental.
- Nenhuma pessoa ou entidade devem classificar uma pessoa como tendo, ou de outro modo, sugerir que uma pessoa tenha uma enfermidade mental, exceto para fins diretamente relacionados à enfermidade mental ou a consequência de enfermidade mental.
- A determinação de que uma pessoa tem enfermidade mental deve ser feita em conformidade com normas médicas internacionalmente aceitas.

Segundo Bertollote e Sartorius (1996), citados pela OMS (2005), deficiência mental não é sinônimo de transtorno mental, mas inclui pessoas com transtorno mental. Pessoas que se recuperaram de um transtorno mental podem continuar a ter deficiências e muitas pessoas com transtorno mental em curso também têm deficiência devido ao transtorno. “Deficiência” é, em alguns casos, um sinal intrínseco de uma enfermidade ou síndrome específicas (alguns transtornos mentais, por exemplo, precisam da presença de debilidade funcional para que o diagnóstico seja feito) e, em outros, é consequência dessa enfermidade ou síndrome.

“Incapacidade mental” é um conceito mais estreito que “transtorno mental”. Um mérito dessa opção é que ele não torna intercambiáveis os termos transtorno mental e incapacidade mental. Aceita-se a amplitude e gravidade dos transtornos mentais, mas a falta de capacidade tem de ser explicitamente definida antes que se permita que a lei intervenha na vida da pessoa. A incapacidade não deve ser presumida a partir de prova de transtorno mental, e deve ser estabelecida de forma independente.

A legislação de saúde mental nos estados europeus, segundo a OMS (2005, p. 16) estabelece que “o transtorno mental é definido por conhecimento médico objetivo”.

A Convenção Européia para a Proteção dos Direitos Humanos e Liberdades Fundamentais (1950), citada pela OMS (2005), presume que todas as pessoas sejam “mentalmente sadias até prova em contrário”.

O conceito de “insanidade mental” se aproxima, mas não é o mesmo que o conceito de “incapacidade mental”. Não existe equivalente clínico de “insanidade mental” e, em muitos casos, “insanidade mental” incluirá condições não necessariamente imputáveis a transtornos mentais. De acordo com o Tribunal Europeu, devido à fluidez do emprego do termo, ele não deve ter uma interpretação definitiva (GOSTIN, 2000, *apud* OMS, 2005).

Termo	Enfermidade Mental	Transtorno Mental	Deficiência Mental	Incapacidade Mental	Insanidade Mental
1-Escopo	Muito estreito	Estreito	Amplo	Extremamente estreito	Variável, mas com tendência a ser amplo
2-Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> Bem definido. Em uso comum e por isso compreendido por 	<ul style="list-style-type: none"> Compatível com os sistemas de classificação médica. 	<ul style="list-style-type: none"> Escopo amplo do termo, útil para proteção positiva de direitos por garantir que todas 	<ul style="list-style-type: none"> Definido e entendido de modo similar pelas disciplinas médicas e legais. 	<ul style="list-style-type: none"> Fluidez da definição pode ser alguma vantagem

	<p>todos os interessados (embora ocasionalmente com significados diferentes).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fácil de operacionalizar. 	<p>as pessoas com a deficiência, seja qual for a gravidade, sejam incluídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mais próximo da percepção dos consumidores acerca dos efeitos dos problemas de saúde mental sobre suas vidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não identifica transtorno/enfermidade mental com incompetência. • Foco estreito garante maior proteção a pacientes quando os direitos estão sendo retirados pela exclusão de todos que não aqueles com o transtorno / enfermidade mental mais grave. 	<p>quando interpretado nos melhores interesses da pessoa.</p>
3- Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Reforça o “modelo médico”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inclui uma série de condições, desde a mais benigna até a extremamente grave; isto pode ser uma limitação em situações em que o objetivo é restringir a aplicação apenas às condições de saúde mental mais graves. • Inclui uma série de condições, algumas das quais podem não ser o foco da legislação de saúde mental, como, por exemplo, retardamento mental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não bem definido • Escopo amplo do termo implica que muitas pessoas possam ser incluídas dentro do escopo da admissão e tratamento involuntários. 	<ul style="list-style-type: none"> • Escopo estreito do termo limita sua utilidade para promoção positiva de direitos de pessoas com transtornos mentais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Um conceito legal, não equivalente a categorias médicas específicas. • Risco de abuso • Tende a prejudicar o diálogo entre as disciplinas médicas e legais.

Comparação de definições de má saúde mental, OMS, 2005.

3.1 Transtornos mentais

"... um nome é apenas uma etiqueta usada para distinguir uma coisa de outras semelhantes, não é um programa, um sumário ou definição... O psíquico é algo tão singularmente peculiar, que nenhuma simples comparação pode refletir sua natureza" (Freud, 1919 / 2010, p. 283).

Em consonância com o pensamento freudiano, é preciso apontar as considerações acerca da (in)definição de transtorno mental, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005, p. 27):

“é difícil porque não se trata de uma condição unitária, mas de um grupo de transtornos com alguns pontos em comum. Há um intenso debate acerca de quais condições são ou devem ser incluídas na definição de transtornos mentais. Isso pode trazer implicações importantes quando, por exemplo, uma sociedade está decidindo sobre os tipos e a gravidade de transtornos mentais potencialmente qualificados para tratamento e serviços involuntários”.

Assim, a OMS (2005) reconhece que a definição de transtorno mental também depende do contexto social, cultural, econômico e legal das diferentes sociedades. E por isso, em seu “Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação” não se preconiza uma definição em particular; ele apenas visa sensibilizar os legisladores e outros envolvidos no processo de elaboração da legislação para as várias escolhas e vantagens de diferentes formas de definição.

No entanto, parece haver uma preferência nos documentos clínicos internacionais – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: (CID-10, OMS, 1996) e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, *American Psychiatric Association*, 2013) – pelo uso do termo “transtornos mentais” em relação à “doença mental”, pelo fato de se considerar que este último termo apoia a dominação do modelo médico. Entretanto, coincidentemente os documentos clínicos internacionais citados são predominantemente liderados pela classe médica.

“Transtorno” não é um termo exato, mas é empregado “para implicar a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado, na maioria dos casos, ao sofrimento e à interferência nas funções pessoais. O desvio ou conflito social por si só, sem disfunção pessoal, não devem ser incluídos no transtorno mental conforme aqui definido” (OMS, 2005, p. 27).

O termo “transtorno mental” pode abranger enfermidade mental, retardamento mental (também conhecido como invalidez mental e incapacidade intelectual), transtornos de personalidade e dependência de substâncias. Nem todos estudiosos da saúde mental consideram todas essas categorias como transtornos mentais, tais como se retardamento mental, transtornos de

personalidade e dependência de substâncias deveriam ser incluídos ou não na legislação de saúde mental; no entanto, em muitas questões legislativas, prefere-se uma definição ampla (OMS, 2005, p. 28).

Os transtornos mentais podem ser entendidos com base em um dos textos de Freud (1909 / 2015) em que o autor pondera que não se pode traçar uma nítida fronteira entre "neuróticos" e normais; que "doença" é

um conceito-soma de natureza apenas prática; que predisposição e vivência têm de juntar-se para permitir que se ultrapasse o limiar desta soma; que, em consequência disso, muitos indivíduos passam continuamente da classe dos sãos para a dos doentes nervosos, e um número bem menor faz esse caminho na direção contrária." (p. 281).

3.2 Sobre as mudanças no mundo do trabalho e o processo da precarização do trabalho

O adoecimento mental não pode ser atribuído somente a características individuais dos trabalhadores. As formas de organização do trabalho tendem a acompanhar as características da sociedade e é inegável que incidem sobre a vida e a subjetividade dos sujeitos. Uma breve retrospectiva permite perceber a historicidade das relações entre trabalho e saúde mental.

De acordo com Dejours (1987) a história das sociedades urbano-industriais pode ser dividida em três grandes momentos. O primeiro diz respeito ao mundo do trabalho industrial em que os operários eram expostos a intensas e longas jornadas de trabalho e os movimentos sociais giravam em torno da luta pela sobrevivência.

No segundo momento (da I Guerra Mundial à década de 1970), devido às características tecnológicas e organizacionais da segunda revolução industrial, aumentaram-se os agentes agressivos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos a que os trabalhadores eram expostos. Por esse motivo, este período é marcado pela diversificação das reivindicações, incluindo a proteção à saúde. Também neste momento, tem-se o início da problematização das relações entre saúde mental e organização do trabalho, a partir dos estudos de Le Guillant e colaboradores.

O terceiro momento, a partir da crise do taylorismo-fordismo nos anos de 1970, é marcado pela expropriação da capacidade intelectual do trabalhador, da flexibilização e precarização do trabalho (HELOANI, 2003). Com a incorporação de inovações tecnológicas no sistema produtivo, houve um reordenamento da produção e acumulação que gerou efeitos nas relações entre as empresas (um dos

grandes efeitos foi a globalização e tudo o que isso implica em relação à problemática da subjetividade). E também efeitos nas formas de organização da produção, em que as unidades passaram a ser mais enxutas e o que estava fora do “foco” do trabalho passou a ser terceirizado. As palavras de ordem passaram a ser: flexibilização e desregulamentação (MENEZES, 2012).

Segundo Antunes (2014), o trabalho antes ‘estável’, relativamente moldado pela contratação e regulamentação, vem sendo substituído pelos diversos tipos de trabalho informal, tais como, o trabalho atípico, os trabalhos terceirizados (com sua enorme gama e variedade), o cooperativismo, o empreendedorismo, o trabalho voluntário. A essa nova conformação do trabalho este autor dá o nome de “nova morfologia do trabalho”.

Essa nova morfologia do trabalho, que inclui diversos modos de informalidade, amplia o universo do trabalho invisível, potencializa novos mecanismos geradores de valor, utilizando-se de novos e velhos mecanismos de intensificação (quando não de auto exploração) do trabalho (ANTUNES, 2014).

Para Franco e Faria (2013), o processo de precarização social atinge tanto os trabalhadores do “núcleo estável” quanto os terceirizados. Este processo inclui aspectos como a precarização de vínculos e relações contratuais, a precarização da organização e das condições de trabalho, da saúde e das condições de segurança no trabalho, da valorização simbólica, da construção da identidade individual e coletiva e das condições de representação e organização sindical que leva a uma grande fragilização política dos sindicatos.

O medo do desemprego faz com que o trabalhador enxergue no trabalho precarizado um meio possível para garantir a subsistência. Resultados de pesquisa têm evidenciado que trabalhadores ‘estáveis’ eram capazes de recusar condições inseguras de trabalho e, hoje, terceirizados, não mais o fazem. “Configura-se, portanto, uma maior sujeição do trabalhador individual aos riscos coletivos, propalados como inevitáveis em face a competitividade” (FRANCO & FARIA, 2013, p.482).

Todas essas características impedem que a atividade adquira ou mantenha um significado antes existente para o sujeito, que deixa de perceber o trabalho como socialmente reconhecido:

“O prazer, em geral, está profundamente associado à sublimação e, assim, é igualmente impedido de ter lugar no trabalho precarizado. Como o prazer costuma ser necessário para contrabalançar os aspectos áridos do

trabalho, a manutenção da estabilidade psíquica torna-se mais problemática. Este aspecto apresenta muitos desdobramentos na psicopatologia do trabalho na atualidade” (SELIGMANN-SILVA, 2013, p.309).

A precarização do trabalho atingiu até mesmo a forma como os trabalhadores se relacionam entre si. Diante da alta rotatividade, das ameaças de desemprego e da competitividade, os trabalhadores se veem sozinhos contando apenas com seus próprios mecanismos de defesa para enfrentar situações como constrangimentos e sobrecargas de atividades. Para muitos, isto é insuficiente e gerador de angústia e desamparo (SELIGMANN-SILVA, 2011).

3.3 Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

Com base em Freud (1909 / 2015), podemos afirmar que o trabalho – assim como a educação da criança – pode exercer, pela via da repressão, poderosa influência a favor ou em desfavor da predisposição à doença a ser considerada no conceito-soma de doença. O que os responsáveis pelo mundo do trabalho devem aspirar e até onde eles devem intervir permanece uma questão bem problemática, ou, no mínimo, com uma grande probabilidade de gerar conflitos e contradições.

Continuando com a comparação da repressão no mundo do trabalho à educação da criança, verificamos a coincidência de que o mundo do trabalho até agora se colocou como tarefa predominante o "controle" (FREUD, 1909/2015, p. 281) ou, melhor dizendo, a repressão das pulsões. Poucos são os indivíduos privilegiados dos quais não se requer a repressão das pulsões, logo, o êxito da repressão não é satisfatório. Os que aderem a esta lógica do mundo do trabalho não se questionam por qual via e com que sacrifício é obtida a repressão de pulsões incômodas.

Assim, a psicanálise elucidou sobre a origem dos complexos patogênicos, sobre o núcleo de toda neurose. De forma que, quando se consegue desconstruir o processo da repressão, e a liberação de energia libidinal pode seguir outras direções, permitindo ao indivíduo tornar-se culturalmente capaz e socialmente útil resultando na perda mínima de sua atividade. Em suma, o mundo do trabalho tem o direito de ver os esclarecimentos da psicanálise como "inestimáveis orientações para sua conduta" (FREUD, 1909 / 2015, p. 282) em relação ao trabalhador.

Em relação às "conclusões práticas" que resultam destas reflexões, Freud (1909/2015) deixa para que "outros examinem e decidam". Tarefa que cabe a cada profissional de saúde mental ligado à tarefa de diagnosticar e tratar o tema dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Neste sentido, em 1999, a Portaria Nº 1.339, atualmente contemplada pela Portaria de Consolidação Nº 5, dispôs sobre 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. Portaria esta onde constam diversos diagnósticos de transtornos mentais.

O Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde - Doenças Relacionadas ao Trabalho, publicado em 2001 pelo Ministério da Saúde, apresentou um capítulo reservado aos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho.

Em 2004, os transtornos mentais relacionados ao trabalho (TMRT) aparecem pela primeira vez em legislação do Ministério da Saúde (Portaria Nº 777, de 28 de abril de 2004) como agravo à saúde do trabalhador de notificação compulsória em rede de serviço sentinela. Outras portarias entraram em vigor (BRASIL, 2010, 2011, 2016 e 2017), as mais recentes revogando as mais antigas, de forma que os TMRT passam a ser monitorados ao invés de apenas notificados.

Os transtornos mentais relacionados ao trabalho podem ser considerados como doença, agravo ou ainda um evento de vigilância em saúde do trabalhador. Estas terminologias possuem uma história de alterações ao longo dos anos. Começando pela Portaria Nº 2.472, de 31 de agosto de 2010, que define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional (RSI) de 2005, a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional que vem estabelecer fluxo, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde, podem-se verificar as seguintes definições para doença, agravo e evento:

"Doença: significa uma enfermidade ou estado clínico, independentemente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos;

Agravo: significa qualquer dano à integridade física, mental e social dos indivíduos provocado por circunstâncias nocivas, como acidentes, intoxicações, abuso de drogas e lesões auto ou heteroinfligidas;

Evento: significa manifestação de doença ou uma ocorrência que apresente potencial para causar doença".

Estes mesmos conceitos sofrem pequenas modificações pela Portaria N° 204, de 18 de fevereiro de 2016 (mantidas pela Portaria de Consolidação N° 4, de 28 de setembro de 2017), que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências:

"Doença: enfermidade ou estado clínico, independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos".

"Agravado: qualquer dano à integridade física ou mental do indivíduo, provocado por circunstâncias nocivas, tais como acidentes, intoxicações por substâncias químicas, abuso de drogas ou lesões decorrentes de violências interpessoais, como agressões e maus tratos, e lesão autoprovocada;"

"Evento de saúde pública (ESP): situação que pode constituir potencial ameaça à saúde pública, como a ocorrência de surto ou epidemia, doença ou agravo de causa desconhecida, alteração no padrão clínico epidemiológico das doenças conhecidas, considerando o potencial de disseminação, a magnitude, a gravidade, a severidade, a transcendência e a vulnerabilidade, bem como epizootias ou agravos decorrentes de desastres ou acidentes".

Nota-se que o conceito de doença não sofre alterações. Já o termo agravo perde a caracterização do dano social dos indivíduos, o que implica uma espécie de precarização conceitual. Sabe-se de que um agravo à saúde do trabalhador conta com danos que vão além dos físicos e mentais. Mesmo porque:

Considerar o diagnóstico em psicanálise reconstrução de uma forma de vida envolve tanto a diagnóstica do sujeito como a transversalidade diagnóstica entre disciplinas clínicas (médica, psicanalítica, psiquiátrica, psicológica); tanto a flutuação discursiva dos efeitos diagnósticos (jurídico, econômico, moral) como sua incidência no real das diferenças sociais (gênero, classe, sexualidade). Reconstruir uma forma de vida, no escopo ético de uma racionalidade diagnóstica pensada dessa maneira ampliada, é, no fundo, refazer os laços entre trabalho, linguagem e desejo, pensando a patologia – que se exprime no sintoma, no mal-estar e no sofrimento – como uma patologia do social. (DUNKER, 2015, p.24)

Quando consideramos, por exemplo, que um acidente de trabalho pode gerar um dano social cuja abrangência abarca muito mais que danos individualizados a cada trabalhador, percebemos como está presente uma tendência classificatória de individualizar a origem ou fonte de uma enfermidade que se circunscreve no corpo do trabalhador. Esta tendência de individualizar responsabilidades pelo próprio adoecimento acompanha a supressão de "danos sociais" anteriormente presente na descrição do que é um conceito de agravo a ser utilizado na vigilância em saúde do trabalhador.

Outras breves considerações ainda podem ser feitas acerca da redação alterada no texto legal. A ideia de "intoxicação" - cara aos teóricos argentinos - que diz também de distúrbios psíquicos, fica na versão mais recente restrita às intoxicações por substâncias químicas. A especificação das lesões que podem provocar danos à integridade física e mental do indivíduo é feita de forma a restringir as lesões para aquelas decorrentes de violências interpessoais, trazendo à tona o questionamento da violência institucional que desresponsabiliza muitas vezes as pessoas físicas que estão a frente de uma empresa (pessoa jurídica) que é complacente a outras formas de violências.

3.4 Epidemiologia dos TMRT

Os estudos em epidemiologia diagnóstica e trabalho contribuem para o campo de saúde mental, ao mapear prevalências e apontar relações causais.

Segundo Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004), a preocupação com estudos diagnósticos de saúde e trabalho com características epidemiológicas surge no final do século XVII com Bernardino Ramazzini, sendo dele a conhecida frase "é melhor prevenir que remediar". Ramazzini publicou em 1700 o livro "As doenças dos trabalhadores", no qual apresentava o estudo de patologias de mais de 40 categorias profissionais.

A abordagem epidemiológica em saúde mental é herdeira da lógica de epidemiologia geral, que tem como preocupação básica a produção de conhecimentos sobre o processo de saúde-doença, o planejamento de ações políticas de saúde e a prevenção de doenças. A epidemiologia parte do pressuposto da multicausalidade das doenças e busca seus determinantes.

A epidemiologia tradicional considerada para estas Diretrizes revela o efeito dominante da visão medicocêntrica e positivista cada vez mais predominante nas instituições de saúde, ao realizar levantamentos com base em dados abertos que se utilizam da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID).

No entanto, ressalta-se a importância de se construir uma prática epidemiológica crítica, com base em Breilh (1991, p. 71) citado por Menezes (2012, p. 41). Nessa proposta de estudo da saúde em sua relação com o processo de produção, considera-se o "nexo biopsíquico como a expressão concreta na

corporeidade humana do processo histórico num momento determinado” (LAURELL & NORIEGA, 1989, p. 100 *apud* MENEZES, 2012).

No campo da Saúde Mental e Trabalho, Le Guillant foi pioneiro ao articular os aspectos sociais às condições objetivas e subjetivas do trabalho e fatos clínicos na busca dos possíveis determinantes do sofrimento psíquico neste âmbito.

Seligmann-Silva (2011) aponta que a epidemiologia é uma das disciplinas que podem contribuir para os estudos da Saúde Mental Relacionada ao Trabalho. Porém, a autora destaca que no Brasil são poucos os estudos de base epidemiológica, principalmente aqueles que relacionam a ocupação à morbidade psiquiátrica, o que ocorre pela limitação dos dados advindos dos Sistemas de Saúde e da Previdência Social.

Em pesquisa utilizando a Base de Dados Históricos da Previdência Social, no período de 2012 a 2016, no Brasil, os transtornos mentais e comportamentais (Capítulo V da CID-10) foram a quinta causa de registros de acidentes de trabalho⁴ (93794 registros), a quarta causa na concessão de benefícios do tipo auxílio-doença⁵ (975873 registros) e terceira causa na concessão de benefícios do tipo auxílio-doença acidentário⁶ (55366 registros) (BRASIL, 2016).

Sendo mais prevalente quanto ao registro de acidentes de trabalho e a concessão de benefícios do tipo auxílio-doença acidentários (relacionados ao trabalho) o grupo de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes (F40-F48) e quanto à concessão de benefícios tipo auxílio-doença previdenciários, o grupo referente aos transtornos de humor [afetivos] (F30-F39).

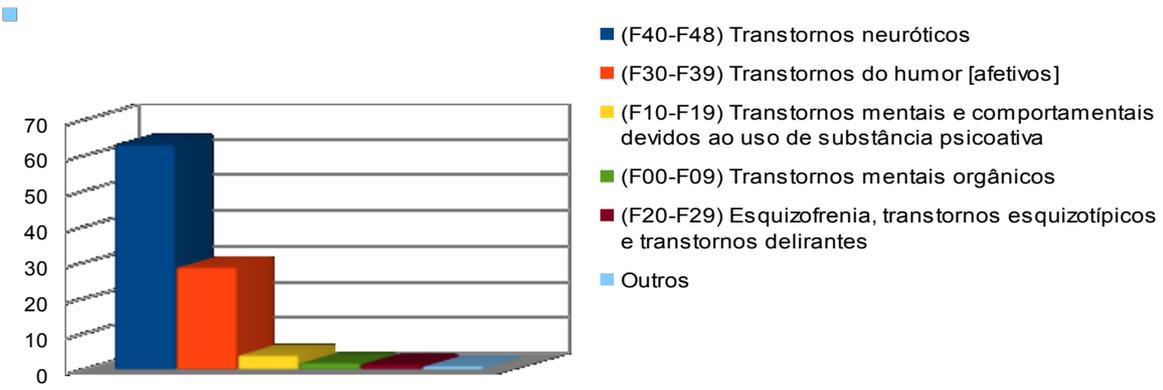
No Estado de Goiás, no período de 2009 a 2013 percebe-se um resultado semelhante à tendência do país. O grupo de transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “*stress*” e transtornos somatoformes integram o grupo de transtornos mentais mais prevalentes no registro de acidentes, como mostra o gráfico abaixo (COUTINHO & SANTOS, 2016).

Distribuição dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho, segundo os cinco principais grupos do Capítulo V da CID-10. Goiás, 2009-2013

⁴ Consideram-se acidente de trabalho a doença profissional e a doença do trabalho” (BRASIL, 2016b, p. 561).

⁵ Auxílio-doença tem caráter temporário e é devido ao segurado que fica incapacitado por motivo de doença (BRASIL, 2016b).

⁶ Auxílio-doença acidentário é devido ao segurado que fica incapacitado, por motivo de doença decorrente de acidente o trabalho, equiparando-se a este a doença profissional ou do trabalho (BRASIL, 2016b).



Fonte de dados: Dataprev

Ao comparar os dados da Previdência Social com os dados do SINAN percebe-se uma subnotificação dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho neste sistema. Enquanto no período de 2009-2013, em Goiás, foram registrados 819 acidentes por transtornos mentais na base de dados da Previdência Social, no SINAN foram registrados apenas 33 casos no mesmo período. Vale ressaltar que a Base de Dados Históricos da Previdência Social abrange apenas os trabalhadores formais enquanto que o SINAN deveria abranger todas as classes de trabalhadores incluindo os formais, informais, estatutários, militares e os em situação de desemprego.

De acordo com Bernardo e Garbin (2011), a baixa notificação de transtornos mentais relacionados ao trabalho decorre, dentre outros fatores, da fragilidade de articulação entre as áreas de Saúde do Trabalhador e Saúde Mental e das dificuldades teóricas e práticas dos profissionais de saúde em relação ao nexo causal entre o adoecimento e o trabalho.

4. NEXO CAUSAL DE TMRT

"Nexo": Zusammenhang, que também pode significar "contexto, conexão, concatenação"; as versões consultadas apresentam: totalidad, trama,

contesto, association, nexus, sammenhang), ele não permanece isolado, inserindo-se imediatamente num novo nexu. (FREUD, 1919/2010, p. 284).

O estabelecimento de nexu causal ou nexu técnico entre a doença e a atividade atual ou pregressa do trabalhador representa o ponto de partida para o diagnóstico e a terapêutica corretos, mas, principalmente, para adoção de ações no âmbito do sistema de saúde, como a vigilância e o registro de informações (BRASIL, 2001, p. 25).

O reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas, legais e políticas, que se refletem sobre a organização e provimento de ações de saúde para esse segmento da população na rede de serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Tem-se como pressuposto, segundo Amazarray, Câmara e Carlotto (2014), que o nexu da saúde com o trabalho não é simples, especialmente do Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho (TMRT), pois o processo de adoecer é específico para cada indivíduo, envolve sua história de vida e de trabalho. A realização de uma escuta atenta e um exame adequado do quadro clínico, articulada com a investigação da vida laboral vem a ser o ponto de partida fundamental.

No tocante à escuta, faz-se necessário ter presente que o sujeito não é compartimentado, portanto, a escuta também não deve ser. Possivelmente, as pessoas em sofrimento psíquico relacionado ao trabalho estejam passando por momentos de vida difíceis, e talvez não apenas no âmbito laboral propriamente dito, já que o trabalho não está isolado dos demais âmbitos de vida das pessoas.

Neste tópico, serão apresentadas as atribuições dos profissionais de saúde para o estabelecimento do nexu causal, instrumentos utilizados para investigação e estabelecimento do nexu causal, bem como as ações decorrentes que devem ser implementadas.

4.1 Considerações sobre as atribuições dos profissionais de saúde para o estabelecimento do nexu causal

Quando se levanta uma questão da física ou da química, quem sabe que não possui “conhecimento especializado” guarda silêncio. Mas se nos arriscamos a fazer uma afirmação de natureza psicológica, temos de esperar julgamento e contradição vindos de toda a parte (...). Cada qual tem sua vida psíquica, então cada qual se considera um psicólogo. Mas isso não me parece bastar como qualificação. Conta-se que uma mulher se oferecia para trabalhar cuidando de crianças e, ao lhe perguntarem se também sabia lidar com bebês, respondeu: “Claro, eu também já fui bebê”. (FREUD, 1926/2014, p. 137)

A simples suspeita de que o trabalhador está vivenciando sofrimento ou distúrbio psíquico relacionado ao seu trabalho já é um primeiro passo para o processo de um diagnóstico psicológico para estabelecimento denexo causal do “transtorno mental relacionado ao trabalho - TMRT”. Embora, segundo Seligmann-Silva (2011), a classificação da nosologia oficial “está longe de dar conta de todas as expressões de sofrimento e do desgaste mental conectados ao trabalho” (p. 298). Suspeitar dessa possível relação entre o sofrimento psíquico vivenciado pelo trabalhador e os aspectos de seu trabalho é algo que toda equipe de saúde de qualquer serviço de saúde que esteja acompanhando o trabalhador pode fazer. Porém, a atribuição do diagnóstico já é algo mais restrito.

Freud (1926/1996) já havia discutido de certa forma a questão da atribuição do médico de diagnosticar as perturbações nervosas. Para saber se um paciente se presta a determinado tratamento (cujo método psicanalítico possa ajudá-lo, por exemplo) deseja-se estar certo do diagnóstico de neurose, ou do tipo de sofrimento que se descreve como perturbação nervosa, pois o quadro apresentado pode ser algo mais – o início de uma doença mental incurável ou a fase preliminar de um processo destrutivo no cérebro:

A distinção – o diagnóstico diferencial – nem sempre é fácil e nem pode ser feita imediatamente em cada fase. A responsabilidade de tal decisão só pode, naturalmente, ser empreendida por um médico” (p. 231).

E reitera mais adiante: “...em todo caso que esteja em consideração para análise o diagnóstico será estabelecido em primeiro lugar pelo médico.” Sendo que, depois do diagnóstico, ele “pode confiantemente passar o tratamento a um analista leigo” (leigo como sinônimo de não-médico).

Freud (1927/1996) acrescenta ao que disse sobre as dificuldades do diagnóstico diferencial e da incerteza, em muitos casos, de chegar a uma decisão sobre sintomas somáticos – situações, vale dizer, nas quais os conhecimentos

médicos e a intervenção médica são necessários –, que, não obstante, o número de casos em que dúvidas dessa espécie jamais surgem de maneira alguma e que *não* se exige um médico é, por certo, incomparavelmente maior.

O Ministério da Saúde orienta que a realização do diagnóstico de qualquer agravo / doença relacionado ao trabalho seja feito pelo profissional médico (BRASIL, 2001). O Anexo III do Decreto Nº 1.206, de 24 de outubro de 2013, traz que o procedimento de consulta médica em saúde do trabalhador inclui a possibilidade de confirmação da relação com o trabalho (nexo causal). Então, a doença é diagnosticada pelo médico, mas não necessariamente o nexo causal será definido apenas por ele.

O procedimento de emissão de pareceres sobre nexo causal de qualquer doença / agravo relacionado ao trabalho cabe aos seguintes profissionais, conforme Decreto citado, com seus respectivos números de referência à Classificação Brasileira de Ocupações: Assistente Social (2516-05); Odontólogo (2232-08); Cirurgião Dentista – Odontologia do Trabalho; Enfermeiro (2235-05); Fisioterapeuta do Trabalho (2236-60); Fonoaudiólogo (2238-10); Psicólogo Clínico (2515-10); Terapeuta Ocupacional (2239-05); Médico Pneumologista (2251-27); Médico Dermatologista (2251-35); Médico Otorrinolaringologista (2252-75) e Engenheiro de Segurança do Trabalho (2149-15).

Atualmente, o Ministério da Saúde (2006) disponibiliza um instrumento de anamnese ocupacional, publicado na forma de protocolo de complexidade diferenciada para a investigação das relações saúde-trabalho-doença e, portanto, para o diagnóstico do dano para a saúde e da relação etiológica com o trabalho.

Lamentavelmente, segundo Brasil (2001, p. 29), “na formação médica, pouca ou nenhuma atenção é dada ao desenvolvimento dessa habilidade, fazendo com que os profissionais tenham dificuldade para utilizá-la no dia-a-dia de trabalho.”

A anamnese ocupacional faz parte da entrevista médica, que compreende a história clínica atual, a investigação sobre os diversos sistemas ou aparelhos, os antecedentes pessoais e familiares, a história ocupacional, hábitos e estilo de vida, o exame físico e a propedêutica complementar (BRASIL, 2001, p.30). O modelo de anamnese ocupacional está disponível no Manual de Preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast), publicação do Ministério da Saúde de Protocolo de Complexidade Diferenciada (BRASIL, 2006).

Jacques (2007) defende a atuação dos psicólogos para a realização do nexo causal entre transtorno mental e trabalho. Pois este profissional, além de poder atuar na realização da anamnese ocupacional, pode, quando necessário, utilizar outros métodos de investigação diagnóstica como a avaliação psicológica com o uso ou não de testes psicológicos.

A par das dificuldades de realização eficaz da anamnese ocupacional pela classe médica (BRASIL, 2011), é importante frisar que o diagnóstico de uma doença relacionada ao trabalho é estabelecido pelo médico que atende o trabalhador.

Considerando a Lei N° 12.842, de 10 de julho de 2013, referente ao exercício da Medicina, o profissional médico tem como atividade privativa a determinação do prognóstico relativo ao diagnóstico nosológico e não ao diagnóstico nosológico em si. Portanto, “o médico integrante da equipe de saúde que assiste ao indivíduo ou à coletividade, atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.” (Art.3°).

A referida Lei define o diagnóstico nosológico como a determinação da doença que acomete o ser humano, sendo que a doença é definida como interrupção, cessação ou distúrbio da função do corpo, sistema ou órgão, caracterizada por, no mínimo, 2 (dois) dos seguintes critérios: I – agente etiológico reconhecido; II – grupo identificável de sinais e sintomas e III – alterações anatômicas ou psicopatológicas.

Mais adiante, a referida Lei dispõe em seu parágrafo 7° que sejam resguardadas as competências próprias de várias profissões, dentre elas a do psicólogo. No entanto, em 2014, o Senado propôs um Projeto de Lei N° 350, de 2014, conhecido como “Ato Médico”, que propõe a alteração da Lei N° 12.842, de 10 de julho de 2013, que dispõe sobre o exercício da Medicina, para modificar as atividades privativas de médico. Nesta proposta, o diagnóstico nosológico e a respectiva prescrição terapêutica seriam atividade privativa do médico. O Conselho Federal de Psicologia e das demais profissões de saúde se posicionam contra este projeto de lei que, sendo aprovado, “criaria duas castas de profissionais de saúde, num claro retrocesso em relação ao diálogo entre saberes que sustenta o Sistema Único de Saúde e quanto à autonomia de ciências e profissões plenamente reconhecidas no mundo todo, entre elas a Psicologia”. (CFP, 2016).

Para descrever sumariamente competências do psicólogo, citamos a base legal do Ministério do Trabalho e Emprego, em sua Classificação Brasileira de Ocupações, aprovada pela Portaria Ministerial nº 397 / 2002, que afirma que são os psicólogos e psicanalistas que

“estudam, pesquisam e avaliam o desenvolvimento emocional e os processos mentais e sociais de indivíduos, grupos e instituições, com a finalidade de análise, tratamento, orientação e educação; diagnosticam e avaliam distúrbios emocionais, mentais e de adaptação social, elucidando conflitos e questões e acompanhando o(s) paciente(s) durante o processo de tratamento ou cura; investigam os fatores inconscientes do comportamento individual e grupal, tornando-os conscientes; desenvolvem pesquisas experimentais, teóricas e clínicas e coordenam equipes e atividades de área e afins”.

Ainda com base legal para fundamentar a função de diagnóstico psicológico, afirmamos que estas DDT-TMRT observam os dispostos no Decreto Presidencial da República Brasileira Nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964, que regulamenta a Lei Nº 4.119, de agosto de 1962, que dispõe sobre a profissão de psicólogo. Ressaltamos que os dispostos na referida legislação sobre o exercício profissional de psicólogo deve ser observada por toda equipe de saúde, visto que na Lei citada, além da designação, exercício e registro profissional privativos do psicólogo, ela aponta dentre suas funções, a utilização de métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de diagnóstico psicológico.

Assim, o trabalho do psicólogo respalda as considerações que o médico deve levar em conta para o estabelecimento donexo causal entre os transtornos mentais e as atividades do trabalhador, o que está em conformidade com o descrito no artigo 2º da Resolução do Conselho Federal de Medicina Nº 1.940 / 2010, que dispõe de normas específicas para médicos que atendam o trabalhador.

Como visto acima, os médicos são considerados os responsáveis legais, segundo o Ministério da Saúde, pelo estabelecimento do diagnóstico dos agravos / doenças relacionados ao trabalho, mas precisa ter o auxílio da equipe de saúde para o estabelecimento do nexo entre a doença e o trabalho. Ainda com base nos Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e Melhoria da Atenção à Saúde Mental, adotados pela Resolução Nº 46 / 119, da Assembleia Geral de 17 de dezembro de 1991, existe a determinação de que a presença ou ausência de uma doença mental será feita em conformidade com normas médicas internacionalmente aceitas.

Embora os autores destas DDT-TMRT possuam uma leitura crítica em relação à linguagem médica tradicional utilizada, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), que está presente na ficha de notificação de TMRT do SINAN⁷ será devidamente considerada. De toda forma, é preciso lembrar que toda categoria de profissionais de saúde de nível superior – assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais da educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos e psicólogos e terapeutas ocupacionais –, listados na Resolução Nº 287, de 08 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde, estão habilitados para compor a equipe de saúde multiprofissional que precisa respaldar o estabelecimento donexo causal.

4.2 O que fazer após o estabelecimento do nexocausal?

O não reconhecimento do agravo / doença relacionada ao trabalho pode constituir-se como uma fonte adicional de sofrimento, especialmente quando os responsáveis pelas instâncias administrativas periciais não validam a incapacidade laboral e deixam de conceder benefícios em casos que o afastamento ao trabalho é necessário. Também é preciso considerar que, muitas vezes, nem mesmo os próprios trabalhadores têm consciência da ligação entre seu sofrimento / doença e seu trabalho. Por esta e outras razões já apresentadas, nota-se a importância da presença de profissionais que possam estar capacitados para levantar suspeita de sofrimento psíquico e adoecimento dos trabalhadores a fim de que ocorram os devidos encaminhamentos.

O estabelecimento de nexocausal de doença relacionada ao trabalho tem implicações médico-legais e previdenciárias que necessitam ser conhecidas e cumpridas pelos profissionais.

Segundo o Manual de Procedimento de Serviços de Saúde – Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001), a partir da confirmação do diagnóstico do agravo / doença e do estabelecimento de sua relação com o trabalho, os

⁷ A Portaria de Consolidação Nº 5/2017 apresenta os Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho como doença / agravo à saúde do trabalhador que deve ser notificado em Unidades da Rede de Saúde do Trabalhador / Sentinela.

serviços de saúde responsáveis pela atenção à saúde do trabalhador devem implementar as seguintes ações:

1. A orientação ao trabalhador (e seus familiares, quando for o caso⁸), quanto ao seu problema de saúde e os encaminhamentos necessários para a recuperação da saúde e da qualidade de vida;
2. O afastamento do trabalho ou da exposição ocupacional, caso a permanência do trabalhador represente um fator de agravamento do quadro ou retarde sua melhora, ou naqueles nos quais as limitações funcionais impeçam o trabalho;
3. O estabelecimento da terapêutica adequada, incluindo os procedimentos de reabilitação;
4. A caracterização da relação do trabalhador com a Previdência Social, independente do local do atendimento onde é realizado o diagnóstico (rede pública de serviços do SUS, hospitais universitários ou filantrópicos, serviços médicos vinculados aos planos ou seguros-saúde, serviços de medicina do trabalho inseridos nos Serviços Especializados em Engenharia e Medicina do Trabalho - SESMT - das empresas ou no próprio consultório particular), para adotar as seguintes condutas, se necessário (BRASIL, 2001, p.53)⁹:
 - 4.1. Caso o trabalhador seja segurado pela Previdência Social e necessite de um período de afastamento superior a 15 dias, o mesmo deve ser encaminhado à perícia médica do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS);
 - 4.2. Solicitar à empresa a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) para o INSS, sendo o médico do serviço de saúde o responsável pelo preenchimento do Laudo de Exame Médico (LEM). Essa providência se aplica apenas aos trabalhadores empregados e segurados pelo Seguro Acidente de Trabalho (SAT) do INSS. No caso de servidores públicos, por exemplo, devem ser obedecidas as normas específicas.

⁸ Resolução CFP Nº 010, de agosto de 2005, Código de Ética do Profissional do Psicólogo e Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que regula o acesso a informações.

⁹ O estabelecimento do nexo causal e da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) beneficia o trabalhador. Por exemplo, se um trabalhador está vinculado ao INSS, ele pode receber um auxílio-doença previdenciário (quando a doença não está relacionada ao trabalho) ou auxílio-doença acidentário (quando a doença está relacionada ao trabalho). Neste último caso, não é necessária a contribuição mínima de 12 meses ao INSS e após a cessação do auxílio-doença acidentário mantém a estabilidade de um ano no emprego (BRASIL, 1999).

5. Notificação do agravo / doença no SINAN, comunicação à Delegacia Regional do Trabalho / Ministério do Trabalho e Emprego e ao sindicato ao qual pertence o trabalhador;

Toda equipe de saúde mental pode respaldar a construção do estabelecimento de nexos causais entre transtorno mental e trabalho. Porém, é o médico o profissional que tem a competência legal do estabelecimento do diagnóstico do TMRT, assim como de qualquer outro agravo/doença relacionada ao trabalho; e o psicólogo é o profissional apto a utilizar métodos e técnicas psicológicas com o objetivo de diagnóstico psicológico que, neste sentido, respaldam o processo de diagnóstico médico.

5. ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

Conforme os Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e Melhoria da Atenção à Saúde Mental, adotados pela Resolução N° 46/119 da Assembleia Geral, de 17 de dezembro de 1991, a expressão “Atenção à saúde mental” inclui análise e diagnóstico da condição mental de uma pessoa e tratamento, atenção e reabilitação para uma enfermidade mental ou suspeita de enfermidade mental.

Para dizer algo sobre diagnóstico na tradição empirista da saúde, é preciso dizer que “não há classificação que não seja arbitrária, conjuntural e interesseira” (BEKERMAN, 2011, p. 23). Há um grande interesse econômico gerado à indústria de psicofármacos da qual muitos “cientistas” se beneficiam. A magnitude deste benefício econômico é comparado à indústria armamentista e ao tráfico de drogas.

Por outro lado, o autor afirma que o interesse da ética psicanalítica se deriva de dar um lugar à palavra, o que caracteriza sua prática como bastante contributiva para tratar do sofrimento subjetivo.

5.1 Processo diagnóstico e terapêutico

Um olhar acurado para o sofrimento vai além das classificações presentes nos manuais de psiquiatria. Portanto, não basta descrever um determinado número de sintomas e encontrar um nome e um medicamento para esse conjunto. Considerar o sujeito que sofre é considerar sua experiência narrativa que não se dissocia da particularidade histórica e do contexto de inserção do trabalhador, tendo em vista, ainda, suas expectativas, suas frustrações e a sua capacidade de reconhecimento de seu próprio sofrimento. Tal processo não se efetiva sem uma disponibilidade de escuta e uma visão ampliada que considera os sinais do sofrimento, mas também o que o trabalhador tem a dizer sobre esses sinais.

O diagnóstico pressupõe uma autoridade de quem o nomeia, o profissional de saúde é o responsável por nomear e encontrar um lugar para esse nome, em um sistema de classificação predefinido. A diagnóstica, como propõe Dunker (2015), não ignora a necessidade de nomeações e classificações, no entanto, explora as condições de reconhecimento dos sintomas, visto que eles possuem uma história na vida do sujeito. Desse modo, contribui para distinguir e ao mesmo tempo articular mal-estar, sofrimento e sintoma.

O que chamo de racionalidade diagnóstica opera cifrando, reconhecendo e nomeando o mal-estar em modos mais ou menos legítimos de sofrimento e, secundariamente, estipulando, no interior destes, as formas de sintoma. Se o reconhecimento de sintomas em unidades regulares, chamadas doenças, síndromes, quadros ou distúrbios, é a tarefa do diagnóstico, a articulação entre mal-estar, sofrimento e sintoma é o objetivo da diagnóstica (DUNKER, 2015, p.21).

Nomear o sofrimento pode ter diversas implicações, se, por um lado, existe o risco de um estigma, por outro é uma forma de reconhecimento e de comunicação. De qualquer forma, a possibilidade de tratamento e, portanto, de que o sofrimento seja amenizado, se dá a partir de um diagnóstico. Em especial, no mundo do trabalho, considerando sua centralidade na vida do sujeito, o não reconhecimento de um sofrimento, que tem uma relação com o trabalho, é uma via para um sofrimento ainda maior.

Nesse sentido, considerar a importância do diagnóstico nos sofrimentos relacionados ao trabalho e, além disso, considerar a narrativa e a reconstrução de uma forma de vida, no sentido da diagnóstica, como foi apresentado, são diferenciais para o acesso à atenção de qualidade na área da saúde mental.

Em uma conhecida passagem de "Dois verbetes para um dicionário de sexologia" (1923/2011, p. 274), Freud define 'psicanálise' de modo a abarcar três aspectos indissociáveis: 1) de um procedimento para a investigação de processos psíquicos; 2) de um método de tratamento de distúrbios neuróticos, baseado nessa investigação; 3) de uma série de conhecimentos psicológicos adquiridos dessa forma, que gradualmente passam a constituir uma nova disciplina científica.

Em sua 24ª Conferência Introdutória sobre a Psicanálise (1917/2014), Freud realça que o que caracteriza a psicanálise como ciência não é a matéria de que trata, e sim pela técnica com que trabalha, "podendo aplicá-la tanto à história da civilização, ao estudo da religião e da mitologia, como à teoria das neuroses, sem, com isso, violentar sua natureza" (p. 515).

Nesse sentido, com base em Menezes (2012), a extensão da psicanálise à área do trabalho-saúde-doença mostra que a teoria psicanalítica não se reduz à prática terapêutica e tampouco à psicologia individual. Ela é extensiva a tudo o que é relativo ao humano nas diferentes manifestações da psique.

Em "A questão da análise leiga", Freud (1926/ 2014) reforça a importância da psicanálise na compreensão do funcionamento dinâmico e conflitante entre o homem e a civilização, e apresenta a Psicanálise como uma 'psicologia profunda',

uma teoria do inconsciente mental que se torna indispensável a todas as ciências que se interessam pela evolução da civilização humana e suas principais instituições, tais como as ciências que se ocupam sobre a saúde mental do trabalhador.

Segundo Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) existem três abordagens mais frequentes em Saúde Mental e Trabalho: estresse, psicopatologia/psicodinâmica do trabalho e abordagem epidemiológica. Os autores consideram o trabalho como um fenômeno objetivo e subjetivo, valendo-se, portanto, tanto de estratégias semiclínicas como de instrumentos de avaliação baseados em escalas psicométricas.

Nesse sentido, devem-se considerar alguns cuidados na escolha de instrumentos por psicólogos e demais profissionais de saúde que optem por outras metodologias de trabalho. No caso de adoção de instrumentos de avaliação psicológica, deve-se consultar o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI - <http://satepsi.cfp.org.br/>), que apresenta quais são os testes psicológicos e instrumentos que possuem parecer favorável e desfavorável, verificando a possibilidade de seus usos na avaliação psicológica, bem como da identificação de instrumentos privativos e não-privativos do psicólogo¹⁰.

Uchida (1998), citado pelos autores acima, afirma que são muitas as possibilidades de abordagem das complexas relações entre a organização do trabalho e o indivíduo. As pesquisas sobre a subjetividade do trabalhador é privilegiada pelos estudos de Dejours na psicodinâmica do trabalho, que propõe em suas concepções sobre homem e trabalho, que aquilo que é constitutivo do sujeito, a partir da sua história passada desde a infância, pode manter-se, aperfeiçoar-se ou deteriorar-se em função do uso que pode ser-lhe dado na confrontação com as situações de trabalho.

Nestas DDT-TMRT considera-se a pertinência de utilização da metodologia proposta pela Psicanálise e pela Psicodinâmica do Trabalho que, segundo Dejours (1996, p. 2), é uma psicologia do sujeito e não uma psicologia do trabalho. E que, segundo Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) abre mão de questionários e de

¹⁰ Dentre alguns dos possíveis instrumentos que podem ser utilizados: A Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT) e o Inventário de Avaliação Ocupacional (IAO) são privativos do psicólogo. Para além dos instrumentos listados no SATEPSI, existem ainda o Protocolo de Avaliação de Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho - PROART e o Algoritmo David Liberman (2015), que podem ser utilizados.

quaisquer outros instrumentos de coleta de dados, embasada na ideia de que “os fatos não existem em si e, por isso, não podem ser coletados. [...] Os fatos devem ser extraídos da discussão, eles devem ser construídos”. As entrevistas não estruturadas com questões abertas (indicando apenas o tema, quando for o caso) são privilegiadas com os trabalhadores em detrimento de outras possibilidades, propõe-se uma (re)construção dos fatos, tomando por empréstimo os princípios da psicanálise para a escuta clínica adaptados ao contexto de trabalho. Conforme Uchida (1998, p. 287):

"Pensar o trabalho sob a ótica de quem trabalha é procurar apreendê-lo no interior do mesmo, da vivência e do significado desta vivência, despir-se de preconceitos para uma escuta atenta e respeitosa da fala deste outro que agora aparece em sua estranheza e em sua opacidade [...]. Significa, finalmente, ocupar este lugar de observador e ouvinte que quer mais aprender do que ensinar, mais ouvir do que falar, mais sentir do que expressar. E, a partir da análise do que se passa em seu próprio espírito no momento da observação do real, ou seja, ao buscar estabelecer as relações internas entre a objetividade do mundo e a sua própria subjetividade, tentar compreender a objetividade da subjetividade deste outro [...]".

Com enfoque na psicologia do sujeito, Dejours redireciona as investigações para as pressões do trabalho e as defesas (coletivas) desenvolvidas pelos trabalhadores, privilegiando os aspectos subjetivos do trabalho (responsabilidade, hierarquia, comando e controle sobre o trabalho) em detrimento dos aspectos objetivos (dimensão tecnológica, tarefa-atividade, normas de produção, rotinas, etc.). As questões patogênicas do trabalho não são evidenciadas pela análise do trabalho, mas mencionadas pelos trabalhadores, por meio da sua percepção subjetiva, nas entrevistas. Vale acrescentar que as estratégias de defesa transformam a percepção da realidade, mascarando o sofrimento, impedindo a ação contra as pressões patogênicas do trabalho e alimentando a resistência à mudança.

Assim, o método é perguntar ao trabalhador, pois a interpretação da organização também é fruto da fala dos mesmos. A estratégia de privilegiar o discurso do trabalhador evidencia-o como portador de um saber sobre o vivido que deve ser elaborado. A demanda deve partir sempre dos trabalhadores, tal como acontece na clínica individual. A intervenção é vista como possível apenas a partir do reconhecimento de algum sofrimento pelos próprios trabalhadores.

Segundo Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004), o tipo de intervenção prevista nesse modelo consiste na realização de um trabalho em grupo sobre as

vivências do sofrimento. A escolha do processo grupal justifica-se pela necessidade de eliminarem-se as idiosincrasias sempre presentes no sofrimento, que é, em última instância, uma vivência individual. No processo de elaboração grupal, cuja participação deve ser sempre voluntária, as marcas individuais seriam minimizadas pela elaboração do conjunto dos participantes. O objetivo deste esforço, segundo os autores, é delimitar que no sofrimento, que é sempre vivido individualmente, origina-se de uma situação que atinge o grupo.

A passagem para o registro simbólico, que ocorre por meio do discurso sobre o vivido pelo trabalhador, tem o estatuto de intervenção, na medida em que é uma contribuição para diminuir a alienação do trabalhador, que então pode de novo perceber-se como sujeito de sua própria história, ou seja, naquela situação de trabalho vivenciada pelos trabalhadores. Nesse caso, a mudança passa não necessariamente por uma intervenção macrossocial, mas ocorre a partir do campo microssocial ocupado pelos trabalhadores.

Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) propõem uma metodologia de diagnósticos que seja capaz de investigar tanto condições objetivas como subjetivas de trabalho, o que implica no cruzamento de estratégias que considerem observação direta, entrevistas sobre o trabalho, levantamento de problemas de saúde mental e trabalho e estudos de caso.

Os autores apresentam três grandes momentos que podem ser adotados para o processo diagnóstico: 1º) Desenvolver atividades que venham a embasar um conhecimento aprofundado do trabalho da categoria, seu cotidiano e as representações que o trabalhador faz de si mesmo. Trata-se, portanto, de uma visão de organização, pela qual o trabalho será analisado em seus aspectos estruturais. Nessa fase, procura-se apreender aspectos da cultura organizacional, estrutura e funcionamento, além de proceder-se a análise da tarefa/desenho do trabalho, dos cargos ou categorias funcionais que serão objetos do diagnóstico. 2º) momento chamado de epidemiológico, nele procura-se obter dados do perfil da categoria, por meio de escalas relacionadas ao trabalho e de saúde mental, para analisá-lo em relação aos dados colhidos no primeiro momento. 3º) Neste momento, faz-se o aprofundamento do diagnóstico, por meio da metodologia clínica com características de estudos de casos.

5.1.1 Considerações sobre classificação diagnóstica na Ficha de Notificação de TMRT

A Ficha de Notificação de TMRT possui a seguinte observação, logo em seu início:

Definição de caso: Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1).

A respeito da definição de "transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho", percebe-se que há uma ênfase nos fatos de transtornos, que são resultantes de situação do processo de trabalho.

No entanto, o Núcleo de Psicologia do CEREST Goiás (2017) considerou a citação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p.171) acerca da proposta de Schilling de classificação de três categorias de doenças – Grupo I, Grupo II e Grupo III. Sendo que no Grupo I, o trabalho é causa necessária do adoecimento, tal como nas "doenças profissionais" e intoxicações profissionais agudas. É conforme este grupo que se pode entender que as doenças são diretamente resultantes da situação do trabalho, ilustrado pelo seguinte trecho da definição de caso: "Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos".

No Grupo II, o trabalho pode ser um fator de risco, contributivo para todas as doenças comuns, mais frequentes ou mais precoces em determinados grupos ocupacionais e no Grupo III em que o trabalho é provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente. Nestes dois últimos grupos, está presente a ideia de extensão da gama de determinantes para o adoecimento que podem ser resultantes de "fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional."

Deve-se lembrar o que parece óbvio, que é a presença da subjetividade do trabalhador enquanto um ente do processo de trabalho, que possui uma história singular mediante tudo o que se passa em condição de saúde-doença. Contudo, o

encerramento da descrição de caso de TMRT parece não considerar o que é óbvio ao afirmar que "Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1)". Esta restrição de saída já exclui uma série de outras possibilidades de diagnósticos em que o trabalho provoca um distúrbio latente ou agravador da doença.

Analisando mais detidamente essa orientação de consideração única dos estados de estresse pós-traumáticos decorrentes do trabalho, pode-se verificar como a tendência classificatória da CID 10 não aborda a questão do reconhecimento do sofrimento psíquico como sinal para o adoecimento, ou, ainda, mesmo se considerarmos o conceito de doença (BRASIL, 2016) enquanto estado clínico ou enfermidade independente de origem ou fonte, que represente ou possa representar um dano significativo para os seres humanos e que, portanto, pode abranger possibilidades diagnósticas para além das citadas no capítulo V da CID10, por exemplo, a Sensação de Estar Acabado (Z 73).

Outra observação importante é a de que a ideia de "estresses pós-traumáticos" apresentada na descrição de caso desconsidera as determinações psíquicas do trauma, como, por exemplo, exclui o diagnóstico de "trauma psicológico não classificado em outra parte" (Z 91.4), reduzindo o "trauma" dos "estados de estresse pós-traumáticos" a fatos, eventos, traumatismos cujo peso recai sobre o acontecimento, constando o sujeito como acessório ao qual é reservado, de saída, o estatuto de vítima.

Nesse quadro de prescrições para o qual a psicanálise também é convocada, pelo menos uma grande questão se coloca, segundo Canavê (2015): em que medida a legitimação social da vítima concorreria para conferir um lugar para este sujeito ou tornar-se-ia ela própria traumática, na tentativa de universalizar destinos sempre singulares de um trauma. É mister apontar que a etiologia traumática aglutina diferentes vertentes na precipitação do trauma: acontecimento, sujeito e ambiente circundante são tomados em relação.

Embora no ano da publicação destas diretrizes a notificação apenas ocorra para casos confirmados, defende-se a notificação de casos suspeitos com maior flexibilidade que a referida na descrição de caso. A notificação de casos suspeitos mostra-se necessária, tendo em vista a devida consideração dos fatores adoecedores e as possibilidades de se realizar vigilância em saúde do trabalhador

diante de seu trauma particular, em momentos anteriores ao agravamento do adoecimento psíquico.

5.2 A questão da escuta no atendimento ao trabalhador

Escutar o trabalhador vai muito além que realizar um levantamento de dados para alimentar um sistema de informações. Assim, não basta se deter no preenchimento de uma anamnese ocupacional ou de uma ficha de notificação para TMRT, por mais que estas ações sejam importantes para o fortalecimento da epidemiologia em TMRT.

Os processos psíquicos do trabalhador que podem ser escutados compõem um objetivo fundamental destas diretrizes. Para que o acompanhamento de cada sujeito em sofrimento/adoecimento psíquico relacionado ao trabalho aconteça é essencial a escuta de sua narrativa, como ele se implica na construção de sua história. É pela escuta que o sujeito, em sua singularidade, pode emergir, a partir da sua fala, juntamente com a análise do contexto de trabalho no qual está inserido.

Se defendemos a importância do trabalho para o sujeito adulto como a oportunidade de desenvolvimento psíquico, social e civilizatório, se consideramos que o trabalho envolve toda a subjetividade do trabalhador, que o trabalho lhe propicia enfrentar as resistências do real e pode envolver sua criatividade instrumental para vencê-las, ampliando suas habilidades e competências, além de favorecer o estabelecimento de relações entre pares, então, a falta de consideração sobre ele precariza a realização de qualquer diagnóstico. A reestruturação produtiva, com suas exigências de ritmos acelerados e desempenhos/produktividades cada vez maiores, o isolamento e a competitividade exacerbada – queixas que ouvimos na clínica –, são efeitos sentidos sobre a subjetividade do trabalhador por meio do sofrimento psíquico e doenças mentais.

A centralidade do processo diagnóstico irá tentar desvelar quais os fatores associados ao adoecimento ou ao sofrimento relacionados ao trabalho faz conhecer o que o trabalho significa e/ou significou para o sujeito adoecido. Que prazer encontra/encontrou no trabalho atual e nos anteriores, o que gosta de executar, quais seus sonhos com o trabalho, que aspectos de seu trabalho atual o desagrada, que sentimentos podem descrever sentir em certas situações

relacionadas à execução do trabalho e a seus relacionamentos com os companheiros e chefias que lhe são necessárias para execução do trabalho.

A pesquisa de como o trabalhador realiza o trabalho real (não o trabalho prescrito) e a investigação sobre o regime do trabalho ao qual está submetido, tais como: o ritmo, critérios de produtividade, metas, incremento de novas tecnologias, a diminuição dos tempos de pausa, exigências de concordar com posições que ferem sua ética ou moral, etc. são indicadores de situações em que o trabalhador estaria exigido a ir além de sua condição físico/psíquica/social. A escuta não é exatamente do sentido inconsciente (ou do significante) elucidador do conflito que produz sintoma, porque aqui outros fatores ligados ao poder, à política econômica e à sobrevivência colocam o sujeito na condição de desamparo e de ser descartável, na maioria dos casos.

6. DIRETRIZES PARA O CUIDADO EM TMRT

A necessidade de uma espécie de gestão interminável e infinita do conflito pelo sujeito é uma ideia que remete à cartografia do mal-estar na contemporaneidade (BIRMAN, 2006). Assim, as novas formas de subjetivação, as

problemáticas e resistências presentes no mundo do trabalho demandam produções de sentido, produções de saúde.

A terapia psicanalítica, segundo Freud (1917 / 2010), consegue submeter o processo repressivo a uma revisão e "levar o conflito a um desfecho melhor, compatível com a saúde." (p. 243), pois a psicanálise é "o trabalho mediante o qual levamos à consciência do doente o material psíquico nele reprimido" (p. 280).

Se, por um lado, o desamparo é o que instaura o mal-estar nas relações entre os seres humanos, é ele também o motor na construção da civilização. Assim "o homem ergueu a civilização numa tentativa de diminuir seu desamparo diante das forças da natureza, dos enigmas da vida e, sobretudo, da própria morte". (MENEZES, 2012, p. 104).

Para se pensar no cuidado de trabalhadores adoecidos é preciso, antes, reconhecer que a doença é uma espécie de norma biológica. Dessa forma, o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Seguindo Canguilhem (2017), ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal.

Nesse sentido, com base em Canguilhem (2017), ser sadio significa justamente a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas.

Com base nos Princípios das Nações Unidas para a Proteção de Pessoas com Enfermidade Mental e Melhoria da Atenção à Saúde Mental, adotados pela resolução Nº 46/119 da Assembleia Geral, de 17 de dezembro de 1991 (OMS, 2005), o tratamento e atenção dados a cada paciente serão baseados em um plano individualmente prescrito, discutido com o paciente, regularmente revisto, retificado conforme necessário e fornecido por pessoal profissional qualificado. O tratamento de cada paciente será dirigido no sentido de preservar e ampliar a autonomia pessoal.

O trabalhador, usuário de qualquer serviço ou estabelecimento de atenção à saúde mental, deve ter resguardada sua privacidade e confidencialidade acerca dos registros que identifiquem sua pessoa, método de tratamento ou seu diagnóstico. Estes não podem ser entregues a nenhuma outra pessoa ou agência sem o seu consentimento por escrito. Todos os registros mantidos pelos tribunais

[na medida em que se relacionam com o tratamento de um paciente] devem ser lacrados e apenas disponibilizados para o réu ou seu advogado. Nenhuma pessoa, hospital, estabelecimento de tratamento nem a OMS em seu *Department of Mental Health and Addiction Services - DMHAS* - poderá revelar ou permitir a divulgação da identidade, diagnóstico, prognóstico ou tratamento de nenhum cliente de serviço que constitua uma violação de estatutos estaduais ou federais concernentes à confidencialidade.

As equipes de saúde mental devem informar os pacientes de seus direitos o mais cedo possível ao interagir com serviços de saúde mental. Essas informações devem ser transmitidas de forma que os pacientes possam entendê-las. A legislação também pode estabelecer condições para a comunicação desses direitos a representantes pessoais e/ou membros da família no caso de pacientes que careçam da capacidade de entender tais informações.

6.1 Níveis de atenção para TMRT

De acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora, a saúde do trabalhador é uma ação transversal a ser incorporada em todos os níveis de atenção e esferas de gestão do SUS, a capacidade de identificação e estabelecimento da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença. A saúde do trabalhador deve ser implementada desde a atenção primária até o nível terciário, na Rede de Atenção à Saúde, incluindo as ações de Vigilância em Saúde. Pode-se pensar em três níveis de atenção que devem funcionar de forma solidária, resolutiva e de compartilhamento de saberes, práticas e de produção de conhecimento:

- 1- As equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) e de Saúde do Trabalhador devem atuar de forma articulada para garantir o desenvolvimento de ações no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, a prevenção de agravos relacionados ao trabalho, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.
- 2- Ações de Saúde do Trabalhador junto à Urgência e Emergência: a urgência e emergência são locais privilegiados para a identificação dos casos de acidentes de trabalho graves e fatais, incluindo as intoxicações

exógenas, assim como para o devido encaminhamento das informações aos setores de vigilância em saúde (e vigilância em saúde do trabalhador).

3- Ações de Saúde do Trabalhador junto à Atenção Especializada (Ambulatorial e Hospitalar) consideram a lógica operacional da hierarquização e da regionalização das ações e serviços de saúde. Os pontos de atenção especializada são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado aos trabalhadores portadores de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Assim, diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos devem ser viabilizados na rede.

6.2 Acolhimento

Quando a pessoa chega para ser atendida deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço (BRASIL, 2004).

O acolhimento da pessoa no serviço deve ser entendido como uma possibilidade para a atenção e o cuidado, deve ser realizado sem demora, evitando-se procedimentos burocráticos na chegada do usuário. É preciso facilitar que o usuário apresente a sua demanda ou solicitação; a falta do cartão do SUS não deve inviabilizar a acessibilidade ou o acolhimento do usuário.

É importante preservar o lugar de fala para o trabalhador, garantindo, ao máximo, a privacidade. Lembrando-se de respeitar o sigilo, a individualidade e de jamais emitir, direta ou indiretamente, quaisquer juízos de valor moral.

A escuta qualificada do profissional deve ser constantemente formada para entender as demandas do trabalhador em relação às ofertas do serviço para ele. Se necessário, o familiar do trabalhador usuário do serviço também deve ser acolhido no seu sofrimento.

6.3 Construção de caso

A construção de um caso em saúde mental visa o estabelecimento de condutas a serem adotadas. Tal trabalho só é possível através de momentos de discussão e supervisão na equipe para partilhar determinados elementos do discurso do sujeito.

Para se estabelecer uma conduta é necessário muito mais que um diagnóstico. O diagnóstico pressupõe uma certa repetição, mas a equipe deve olhar para além daquilo que apresenta de "igual" e levar em conta a singularidade. E é isso que abre a possibilidade para as diversas intervenções com a participação das pessoas envolvidas (BRASIL, 2007).

Deve-se procurar descobrir o sentido do sofrimento psíquico para o sujeito, respeitar e ajudar na construção de relações causais próprias, mesmo que não sejam coincidentes com um discurso padronizado. É necessário conhecer as singularidades do sujeito, perguntando sobre os medos, as raivas, as manias, seus sonhos e expectativas também em sua relação ao trabalho.

É importante avaliar se há negação da situação vivenciada, quais os possíveis ganhos secundários e qual a capacidade de autonomia do sujeito. A equipe de escuta qualificada deve recolher do discurso do sujeito o que é singular a ele, os seus contrastes de comportamento e os elementos necessários para a construção do caso.

A partir das reuniões de equipe de discussão e supervisão – sempre avaliadas e revistas – deve-se dispor de direções para o desenvolvimento de cada caso (FIGUEIREDO, 2004). A construção do caso é fundamental para elaboração do Projeto Terapêutico Singular.

6.4 Projeto Terapêutico Singular

"O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário". (BRASIL, 2007, p. 40). O PTS é composto por quatro momentos: o primeiro momento é o do diagnóstico, em que é necessário realizar uma avaliação orgânica, psicológica e social com a intenção de apreender os elementos biológicos, subjetivos e comportamentais do paciente.

O segundo momento é o de definição de metas, produto da avaliação diagnóstica feita pela equipe e que propõe intervenções e ferramentas terapêuticas de curto, médio e longo prazo, as quais serão negociadas com o sujeito.

O terceiro momento considera a divisão de responsabilidades, dentro da própria equipe, em relação à condução e acompanhamento do caso.

O quarto momento é o de reavaliação do PTS construído. Possibilita, caso seja necessário, que novos rumos sejam tomados no tratamento, bem como concebe a importância de que a equipe esteja constantemente questionando sua prática e a própria organização da instituição (BRASIL, 2007).

De acordo com Figueiredo (2004) o “projeto terapêutico” deve ir à direção contrária à hierarquia dos saberes e funções e deve ser questionado, o que é melhor para o paciente/usuário. Em vez de a equipe perguntar “o que podemos fazer por ele?”, a pergunta deve ser feita de outro modo: “o que ele pode fazer para sair de tal ou tal situação com o suporte da equipe”. Isso significa que a equipe tem que suportar, no sentido mais radical da palavra, as ações do sujeito e chamá-lo à sua responsabilidade a cada vez, a cada ato.

A relação terapêutica proposta tem como base o estabelecimento de um vínculo de confiança no qual o trabalhador experimente a possibilidade de ser ouvido, poder falar sua história e ser do interesse do profissional, não repetindo o lugar de objeto submetido a um saber exterior e dele desconhecido. Da sua experiência e sofrimento ele tem o que dizer.

6.5 Intervenções em Situações de Crise

Em qualquer situação em que um trabalhador com transtorno mental estiver em crise é importante que ele seja acolhido e tratado com respeito, preferencialmente por alguma pessoa com a qual tenha um vínculo de confiança e afeto. Em seguida, deve ser encaminhado, assim que possível, para um CAPS. O Ministério Público Federal / Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão indica que

os CAPS III funcionam 24 horas; nos municípios onde ainda não existem, é preciso garantir atendimento integral à pessoa com transtorno mental nos Hospitais Gerais e, se for necessária a internação, deve ocorrer pelo tempo estritamente necessário (BRASIL, 2012, p.17).

Dentre as várias possibilidades de situações de crise, em Goiás existem suspeitas de que o sofrimento psíquico de trabalhadores da zona rural tem levado ao suicídio com uso intencional de agrotóxicos de uso agrícola, tal como o "Furadan" (SANTOS & COUTINHO, 2018). O sofrimento mental e as formas de adoecimento mal definidas são citadas na Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta - PNSIPCF (BRASIL, 2017) como uma das mais frequentes doenças/agravos relacionados ao trabalho no setor agrícola. Também se sabe de casos recentes, mas sem registros oficiais, que trabalhadores da saúde cometeram suicídio dentro de seus locais de trabalho.

As Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2017), constantes na Portaria de Consolidação Nº 2, devem ser consideradas para organização articulada com poder público, instituições acadêmicas, organizações da sociedade civil, organismos governamentais e não governamentais, nacionais e internacionais.

Nesse sentido, é necessário implementar o Plano Operativo da PNSIPCF, em especial o Eixo 1 que implica no acesso das populações do campo e da floresta na atenção à saúde. Para tanto, a ampliação da atenção básica e atenção especializada deve garantir a oferta e acesso aos serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado pela Rede de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas (RAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Com base nas considerações da OMS (2005, p. 98), em situações de emergência, os colegas de trabalho ou equipe de saúde mental às vezes testemunham e/ou são surpreendidos por comportamentos altamente agressivos ou descontrolado do trabalhador. É preciso questionar se a pessoa pode estar agindo dessa maneira devido a um transtorno mental. Nessas situações, a polícia ou pessoal de emergência deve também dispor de acesso rápido a um serviço profissional de saúde mental para aconselhamento.

Os profissionais de saúde ou outros que trabalham em estabelecimentos de saúde também podem,

em certas circunstâncias, precisar da ajuda da polícia. Nessas situações, a polícia não teria arbítrio para avaliar se a pessoa tem ou não um transtorno mental. (OMS, 2005, p. 98).

Esta citação realça a competência dos profissionais de saúde mental de avaliar se o trabalhador está vivenciando uma situação de crise e quais providências devem ser tomadas.

6.6 Prevenção de riscos psicossociais

“Os Riscos Psicossociais são entendidos como decorrentes dos efeitos negativos da organização do trabalho sobre os estilos de gestão, sofrimento patogênico e danos físicos, psicológicos e sociais, e que provocam o adoecimento do trabalhador e comprometem a qualidade do trabalho.” (FACAS, 2013, p.29).

Partindo da premissa da lógica preventiva, a saúde do trabalhador deve ser pensada antes do adoecimento. As práticas preventivas podem ser iniciadas por meio dos diagnósticos organizacionais, pois, para compreender a relação entre a doença e o trabalho, antes é necessário compreender as diversas dimensões organizacionais, como a cultura, valores, clima organizacional, contexto de trabalho, qualidade de vida no trabalho, dentre outras.

Após este mapeamento, é então possível orientar a elaboração de práticas mais adequadas ao contexto organizacional (FACAS, 2013). A escolha dos instrumentos para compreender as dimensões organizacionais é uma etapa de suma importância. Um dos instrumentos indicados para tal tarefa é o Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho (PROART) que engloba quatro importantes dimensões que envolvem a relação trabalhador-organização do trabalho, a saber: organização prescrita do trabalho, estilos de gestão, sofrimento patogênico e danos psicossociais.

As equipes de psicologia, em especial, podem realizar capacitações para a atenção psicossocial que facilitem as formulações de suspeitas fundamentadas de sofrimento psíquico ou adoecimento mental. Vale lembrar que “o número de profissionais *psi* e de Serviço Social é, em geral, insuficiente para cobrir as necessidades do atendimento na rede pública”. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 316).

7. VIGILÂNCIA EM SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

A Vigilância em Saúde do Trabalhador (Visat) surgiu na década de 1980, no contexto dos Programas de Saúde do Trabalhador, com participação ativa dos

trabalhadores, na denúncia e investigação dos casos, em parceria com os profissionais de saúde, pesquisadores e sindicalistas. Os problemas prioritários a serem enfrentados refletiam o contexto do mundo de trabalho daquele momento, dentre eles, destacavam-se os casos de lesões por esforços repetitivos, de intoxicação por benzeno e amianto, entre outros. (LEÃO, 2014).

Pode-se definir Visat, segundo Leão (2014) e Menezes (2012), como um conjunto de ações que visam prioritariamente à promoção e prevenção de riscos à saúde dos trabalhadores, considerando a análise dos processos de trabalho.

De acordo com Menezes (2012), a Visat deve ser realizada de forma articulada com outras áreas e programas da saúde, como a atenção básica, a atenção especializada e hospitalar, a saúde da mulher, saúde mental, redução da violência, programa de saúde da família, dentre outros. Além disso, também a vigilância deve atuar de forma articulada com setores externos à área de saúde, mas de interesse do campo do trabalho como, por exemplo, os setores da previdência, meio ambiente, educação e ministério público.

A abordagem interdisciplinar é o pressuposto metodológico básico da vigilância em saúde do trabalhador, sem a qual não há condição de entendimento do seu objeto, aspecto que legitima o diálogo com a psicanálise. A construção de ações de intervenção no processo de trabalho, assim como a avaliação de seus resultados, depende da interdisciplinaridade e da compreensão transdisciplinar. (MENEZES, 2012, p. 51)

As legislações fundamentais do 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 de Consolidação N° 4, de 28 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde, inclui a vigilância da saúde do trabalhador como ações e serviços de Vigilância em Saúde. As Portarias de Consolidação N° 4 e N° 5, de 28 de setembro de 2017, trazem, respectivamente, os agravos / doenças relacionadas ao trabalho como de notificação compulsória e os que devem ser monitorados pela estratégia de vigilância sentinela, incluindo os transtornos mentais e de comportamento.

Em relação aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, o estado da Bahia (2014) recomenda adotar ações de vigilância em ambientes e processos de trabalho, com inspeções, avaliações dos processos de trabalho, nas seguintes situações:

- Investigação e confirmação de TMRT em casos de violência, assédio, condições degradantes de trabalho, exposição a agentes químicos neurotóxicos;
- Avaliações em ambientes de trabalho de ramos de atividade produtiva de alta ocorrência de transtornos mentais detectados por meio da análise de situação de saúde;
- Investigação de casos e denúncias, principalmente os que partem dos sindicatos, de movimentos sociais e ministério público.

O monitoramento dos casos notificados deve ser feito pela vigilância em saúde municipal pelas equipes dos Cerest Regionais e Estadual. Estes locais devem ainda elaborar informativos e boletins epidemiológicos a partir da análise de situação de saúde relativa aos transtornos mentais relacionados ao trabalho; recomenda-se o uso de sistemas de informação em saúde, como o SINAN, bem como dados da Previdência Social.

Vale ressaltar que todo o processo de vigilância em saúde do trabalhador deve ser realizado com participação ativa do trabalhador, movimentos sociais e suas representações sindicais. De acordo com Leão (2014), as práticas de vigilância em saúde mental do trabalhador devem levar em consideração que os trabalhadores são sujeitos ativos na transformação de suas realidades de vida e trabalho. Sendo assim, é necessário ressaltar a capacidade de criação, resistência, mudança, reivindicação e transformação dos trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Vigilância dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho demanda investimentos contínuos. Por se tratar de uma questão de saúde pública, todos os demais agravos e doenças relacionados ao trabalho devem ser considerados em seu aspecto atinente à saúde mental do trabalhador.

As DDT-TMRT apresentadas visam ao conhecimento, à pesquisa, à intervenção e ao acompanhamento contínuo da vida no trabalho de cada trabalhador. Estas diretrizes redigidas em prol da saúde do trabalhador pode servir de base para a criação de acordos e leis específicas, no que se refere aos

processos deflagradores, de risco ou agravadores de danos à saúde, bem como arranjos para sua erradicação e/ou controle.

A fim de operacionalizar tais ações, cabe reorientar as iniciativas, incluindo o agravo / doença "Transtornos mentais relacionados ao trabalho" em articulação intra e intersetoriais, dando destaque para:

- A inclusão do registro dos casos suspeitos de transtornos mentais relacionados ao trabalho nos sistemas de informação, tendo em vista o relevo para atenção primária, com ações preventivas e de precaução como estratégias e princípios da ação de vigilância;
- O estabelecimento de prioridades da prevenção: a) criando espaços de escuta do trabalhador; b) promover a fala e expressão do trabalhador no que se refere ao conteúdo e possibilidades de reconhecimento no trabalho; c) criar rotinas de observância e análise do contexto de trabalho;
- A inclusão dos TMRT como ponto estratégico nas próximas atualizações do Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e de Gestão;
- Atuação conjunta com as instâncias de saúde e trabalho da administração pública, e em especial com o SUS;
- Fortalecimento do suporte oferecido para realização de ações em saúde mental no trabalho, com estatura condizente à magnitude do problema;
- A formação dos profissionais de saúde e a melhoria dos processos de trabalho com o fim de minimizar a ocorrência dos prejuízos ligados aos TMRT.

A participação dos profissionais de saúde, bem como dos trabalhadores e sociedade organizada é de fundamental importância para o desenvolvimento das ações de vigilância dos TMRT. A inclusão desta linha de cuidado na rede SUS deve contar com o apoio de cada envolvido, dentro e fora do poder público, tornando-se prioridade na rotina de atenção à saúde.

As deficiências de registro de notificação para TMRT possuem um forte componente de desconhecimento de todas as partes envolvidas, mas também da

inexistência de identificação e intervenção que as instâncias centrais de vigilância em TMRT devem cumprir.

O paradigma de vigilância não pode restringir-se a ações de curto prazo. O acompanhamento ao trabalhador deve ser contínuo, considerando o horizonte da promoção de saúde, a regulamentação do Estado, sendo que a saúde mental no trabalho deve reverberar nas atitudes e imaginário social de toda a sociedade, com a devida valorização da importância da saúde do trabalhador diante dos TMRT.

Estas diretrizes devem ser analisadas, revistas e ampliadas – com base na OMS (2005) por um período de 5 a 10 anos – à luz de avanços na atenção, tratamento e reabilitação dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, e na ocasião de melhorias no desenvolvimento e prestação dos serviços, que devem alcançar suficiente disponibilidade, acessibilidade e qualidade dos estabelecimentos de saúde mental.

O trabalho de redação destas diretrizes pode e deve influenciar o trabalho em saúde mental – presente em todos os outros agravos e doenças relacionados ao trabalho – em todos os municípios goianos e em todo o território brasileiro.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2007.

AMAZARRAY, M. R.; CÂMARA, S. G.; CARLOTTO, M. S. Investigação em Saúde Mental e Trabalho no Âmbito da Saúde Pública no Brasil. In: MERLO, Á. R. C.; BOTEAGA, C. G.; PEREZ, K. V. **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Evangraf: Porto Alegre, 2014.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**, 5 ed., Artmed: Porto Alegre, 2013.

ANTUNES, R. Desenhando a nova morfologia do trabalho e suas principais manifestações. In: MERLO, Á. R. C.; BOTEAGA, C. G.; PEREZ, K.V. **Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho**. Evangraf: Porto Alegre, 2014.

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Proclamada em 10 de dezembro de 1948. UNIC/Rio/005, Janeiro 2009. (DPI/876).

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro de Referência em Saúde do Trabalhador. **Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho**. Bahia: 2014.

BEKERMAN, J. "Não há classificação que não seja arbitrária e conjuntural". In: JERUSALINSK, A.; FENDRIK, S. (orgs.). (2011). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A. De C. **A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 36, ed. 123, p. 103-117, jan./jun. 2011.

BIRMAN, J. **Arquivos do mal-estar e da resistência**. (Sujeito e História). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

BOCK, A. M. B. (2001). A psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. In: Bock, A. M. B; Gonçalves, M. G. G.; Furtado, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, p. 15-35, 2001.

BRASIL. **Decreto Presidencial da República Brasileira Nº 53.464 de 21 de janeiro de 1964**. Regulamenta a Lei Nº 4.119 de agosto de 1962 que dispõe sobre a profissão de psicólogo. Diário Oficial da União, de 24 de janeiro de 1964, p. 746.

_____. Constituição, 1988. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 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. Brasília, 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 287 de 08 de Outubro de 1998**. Relaciona 14 categorias profissionais de saúde de nível superior. Diário Oficial da União, de 07 de maio de 1999.

_____. Casa Civil. **Decreto Nº 3.048 de 06 de maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114 Brasília/DF – Brasil, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças Relacionadas ao Trabalho – Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 114 Brasília/DF – Brasil, 2001.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Lei Nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial Eletrônico de 09/04/2001, p. 2.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Portaria Nº 397, de outubro de 2002**. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. 1 ed. Ministério da Saúde, Brasília: DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. Ministério de Saúde. **Anamnese Ocupacional**. Manual de Preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (Firaast). Protocolos de Complexidade Diferenciada. Saúde do Trabalhador. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Editora MS; 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_anamnese.pdf. Acesso em: 08/03/2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006**. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha do Ministério da Saúde: Clínica Ampliada, Técnico de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2ª ed. Site do Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7 ed. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Casa Civil. **Lei Nº 12.527 de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Diário Oficial da União – Ano CXLIX, Nº 165, Seção I, p. 46-51 – Brasília-DF, sexta-feira, 24 de agosto de 2012.

_____. Casa Civil. **Lei Nº 12.842 de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 1.206 de 24 de outubro de 2013**. Altera o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília, 2013.

_____. Casa Civil. **Lei Nº 12.842 de 10 de julho de 2013**. Dispõe sobre o exercício da Medicina.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.206 de 24 de outubro de 2013**. Altera o cadastramento dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 de outubro de 2013. Seção 1, p. 67.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 100 p.

_____. DataPrev. **Base de dados históricos da previdência social**. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>> Acesso em 20 mai. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Diário Oficial da União- Seção 1 ISSN. 1677-7042 Nº 32 quinta feira 18 de fevereiro de 2016. p 23.

_____. Ministério da Fazenda, Secretaria de Previdência, Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência. **Anuário Estatístico da Previdência Social 2016**. Ano 1 (1988/2016) – Brasília : MF/DATAPREV, 2016b.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 2,de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 190, 3 de outubro de 2017. Seção 1, p. 61.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 3,de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 190, 3 de outubro de 2017. Seção 1, p.192.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 4,de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 190, 3 de outubro de 2017. Seção 1, p. 288.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 5,de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do

Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 190, 3 de outubro de 2017. Seção 1, p. 360.

_____. Ministério da Previdência Social. **Base de Dados Históricos da Previdência Social**. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/> Acesso em 21 de março de 2018 às 9 horas.

_____. Ministério Público Federal. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão **Cartilha Direito à Saúde Mental**. Brasília, 2012. Acesso em 03/07/2018. Disponível em: <http://www.mpdft.mp.br/saude/index.php/saude-mental/politicas-publicas/112-cartilha-direito-a-saude-mental>

CANAVÊS, F. (2015). **O trauma em tempo de vítimas**. *Ágora* (Rio de Janeiro). XVIII, n. 1, p. 39-50, jan/jun 2015.

CANGUILHEM, G. **Le normal et le pathologique**. Quadrige: Presses Universitaires de France. 12ª ed., 3e tirage, 2017.

CODO, W.; SORATTO, L.; VASQUES-MENEZES, I. Saúde Mental e Trabalho. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. (orgs.). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução CFM nº 1.488/1998**. Dispõe de normas específicas que atendam o trabalhador. Brasília, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP Nº 010, de agosto de 2005**. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, 2005.

_____. **A Psicologia diz não ao ato médico**. *Jornal do Federal*- Ano XXVII, nº 113 – Agosto de 2016.

_____. **A Psicologia diz não ao ato médico**. *Jornal do Federal*- Ano XXVII, nº 113 – Agosto de 2016.

_____. **Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI**. Disponível em: <http://satepsi.cfp.org.br> Acesso em 21 de março de 2018, às 10 horas.

COUTINHO, A. F.; SANTOS, E. A. Dados estatísticos referentes aos transtornos mentais relacionados ao trabalho e sua relação com as ações empreendidas pelo Núcleo de Psicologia do CEREST Goiás. **Anais do 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária**. Salvador, 2016a.

COUTINHO, A. F.; SANTOS, E. A. Proposta de Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas para a qualificação de profissionais para a atenção integral do sujeito com Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. **Anais do 7º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária**. Salvador, 2016b.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed. São Paulo: Cortez-Obore, 1992.

_____. **A Loucura do Trabalho**: Estudo de Psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez, 1987.

DELGADO, P. G. G. 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, p. 59-66, 2007.

DOIS DIAS e uma noite. Roteiro e Produção: Jean-Pierre Dardenne, Luc Dardenne. Gênero: Drama. França: Imovision, 2015.

DUNKER, C.I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.

FACAS, E. P. **Protocolo de Avaliação dos Riscos Psicossociais no Trabalho** Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. Brasília: UnB, Tese de doutorado, Psicologia, 2013.

FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**. Ano VII, n. 1, mar/ 2004.

FIOCRUZ. **Reforma Sanitária**. Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 20 mar. de 2018.

FRANCO, T. M. A.; FARIA, M. G. D. A terceirização/subcontratação do trabalho no Brasil e sua interconexão com a saúde mental no trabalho. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. **Saúde Mental no Trabalho**: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás. Goiânia: Cir Gráfica, p. 469-485, 2013.

FREUD, S. Análise da fobia de um garoto de cinco anos. In: _____. O delírio e os sonhos na *Gradiva*, Análise da Fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909). **Obras Completas v. 8**. Tradução Paulo César de Souza. Companhia das Letras, 1909/2015.

_____. Os instintos e seus destinos (1915/2010). In: _____. Introdução ao narcisismo, ensaios da metapsicologia e outros textos (1914-1916). **Obras Completas v. 12**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1915/2010.

_____. O estado neurótico comum. In: _____. Conferências Introdutórias à Psicanálise (1916-1917). **Obras Completas v. 13**. Tradução Sérgio Tellaroli. São Paulo: Companhia das Letras, 1917/2014.

_____. Caminhos da terapia psicanalítica. In: _____. História de uma neurose infantil ("O homem dos lobos"), além do princípio do prazer e outros textos (1917-1920). **Obras completas v. 14**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1919 / 2010.

_____. "Psicanálise" e "Teoria da Libido" (Dois verbetes para um dicionário de sexologia, 1923). In: _____. Psicologia das Massas e análise do Eu e outros textos (1920-1923). **Obras completas v. 15**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1923 / 2011.

_____. Prólogo a *Relatório sobre a Policlínica Psicanalítica de Berlim*, de Max Eitingon. In: _____. O Eu e o Id, "Autobiografia" e outros textos (1923-1925). **Obras Completas v. 16**. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1923-1925/2011.

_____. A questão da análise leiga: conversações com uma pessoa imparcial. In: _____. Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Volume XX**. Imago: Rio de Janeiro, p. 175-240, 1926/1996.

FREUD, S. A questão da análise leiga: diálogo com um interlocutor imparcial (1926). In: _____. Inibição, sintoma e angústia, o futuro de uma ilusão e outros textos (1926-1929). **Obras Completas** v. 17. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1926/2014.

_____. Pós-escrito. In: _____. Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926). **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**.v. 20. Imago: Rio de Janeiro, p. 241-248, 1927/1996.

_____. O Mal-estar na civilização. In: _____. O Mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos. (1930-1936). **Obras completas** v. 18. Tradução Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1930 / 2010.

GOIÁS. **Portaria Nº 323, de 03 de outubro de 2012**. Aprova a Política Estadual de Saúde do Trabalhador - PEST - para Goiás. Goiânia: Secretaria de Estado de Saúde, 2012. Diário Oficial de 11 de outubro de 2012, Ano 176 – Diário Oficial / GO Nº 21.448.

_____. **Orientações Técnicas para Notificação de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho**. SANTOS, E. A. (org.); COUTINHO, A. F., 2.ed. Goiânia, 2017a. Disponível em: <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2017-05/orientacoes-tecnicas-para-notificacao-dos-tmrt-2a-edicao.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2018.

HELOANI, J. R. **Gestão e Organização no Capitalismo Globalizado**: história de manipulação psicológica no mundo do trabalho. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

JACQUES, M. G. **Acidentes e Doenças Ocupacionais**: implicações psíquicas. Goiânia: Anais 2º Congresso Internacional sobre Saúde Mental no Trabalho, 2007.

LEÃO, L. H.C. **Vigilância em saúde mental do trabalhador**: subsídios para a construção de estratégias de intervenção. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MENEZES, L. S. In: **Psicanálise e Saúde do Trabalhador**: nos rastros da precarização do trabalho. Primavera Editorial: São Paulo, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**: CID-10. Décima revisão. Trad. de Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. v.1, 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Livro de Recursos da OMS sobre Saúde Mental, direitos humanos e legislação**: Cuidar, sim – Excluir, não. Direção de Michelle Funk, Natalie Drew e Benedetto Saraceno. ISBN 92 4 856282 5. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2005.

PLUT, S. El Algoritmo David Liberman (ADL). In: _____. **Trabajo y subjetividad**: estúdios psicoanalíticos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Psicolibro Ediciones, 2015.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR (RENAST). **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Manual de Gestão e Gerenciamento**. 1 ed., São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006.

SANTOS, E. A.; COUTINHO, A. F. Suspeita com base em evidência de sofrimento psíquico e desconhecimento acerca das condições de trabalho em trabalhadores da zona rural de Goiás. **Anais do X Congresso Brasileiro de Epidemiologia**. Florianópolis, 2017b.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SELIGMANN-SILVA, E. Precarização da saúde mental no trabalho precarizado. In: FERREIRA, J. J.; PENIDO, L. O. **Saúde Mental no Trabalho: coletânea do fórum de saúde e segurança no trabalho do Estado de Goiás**. Goiânia: Cir Gráfica, p. 284-331, 2013.

VASCONCELOS, E. M.; MEDEIROS, A. **Como lidar com a saúde mental? A situação de hoje e de ontem**. *Jornal do Federal*. Ano 27, n. 114, 2016.

ZYGOURIS, R. **Psicanálise e Psicoterapia**. Tradução Caterina Koltai. São Paulo: Vialettera, 2011.

Anexo 1. Bibliografia sugerida para estudos de caso sobre a temática

CARDOSO, A. C. M. **O trabalho como determinante do processo saúde-doença.** Tempo soc. [online]. 2015, v.27, n.1, p.73-93.

LIMA, M. E. A.; ASSUNÇÃO, Á. A.; FRANCISCO, J. M.; SAVEIAS, D. F. **Aprisionado pelos ponteiros de um relógio:** O caso de um transtorno mental desencadeado no trabalho. In M. da G. Jacques & W. Codo (Eds.), Saúde mental e trabalho: Leituras. p. 209-246. Petrópolis: Vozes, 2012.

RABELO L. D. B. C.; SILVA, J. M. A.; LIMA, M. E. A. **Trabalho e adoecimento psicossomático:** Reflexões sobre o problema do nexos causal. Psicologia: Ciência e Profissão, v.38, n.1, p.116-128, 2018.

SILVA, E. S. **A inter-relação trabalho-saúde mental:** um estudo de caso. Rev. adm. empres. [online], v.32, n.4, p.70-90, 1992.

VIEIRA, C.; VIEIRA, R. C. **Transtornos mentais e trabalho:** o caso de um agente de visitaçao. Cadernos De Psicologia Social Do Trabalho, v.14, n. 1, p.145-154, 2011.

Anexo 2. Ficha TMRT - SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO
TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO

Nº

Definição de caso: Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento das pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional. Transtornos mentais e do comportamento, para uso deste instrumento, serão considerados os estados de estresses pós-traumáticos decorrentes do trabalho (CID F 43.1).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual	2 Agravo/doença TRANSTORNOS MENTAIS DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO/RELACIONADOS AO TRABALHO	Código (CID10) F99	3 Data da Notificação	
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)	Código	7 Data do Diagnóstico		
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado	
	14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica				
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe			
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito	
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso				
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
32 Situação no Mercado de Trabalho 01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso 03 - Autônomo/ conta própria 07 - Desempregado 11 - Empregador 04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 12 - Outros 99 - Ignorado			33 Tempo de Trabalho na Ocupação 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
Dados da Empresa Contratante					
34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador			
36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município	Código (IBGE)	
39 Distrito		40 Bairro	41 Endereço		
42 Número		43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone	
45 O Empregador é Empresa Terceirizada 1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado					

Doença Relacionada ao Trabalho/ transtornos mentais relacionados ao trabalho

SVS 27/09/2005

Anexo 3. Participantes das oficinas de trabalho para discussão acerca das DDT-TMRT

Nome	Instituição
Adriana Siqueira	MS
Albertino Dias Lira	CEREST/SUVISA/SES-GO
Ana Cecília Lousa Rocha	SUVISA/SES-GO
Ana Flávia Coutinho	CEREST/SUVISA/SES-GO
Ana Flavia Santos de Castro	CAPS/Pires do Rio
Ana Mari S. Dickmann	UFG
Ana Nery José	MS
Ângela Mota Silva	SIASS/MS - GO
Bianca Lopes da Silva	GEPE/SPAIS/SES-GO
Camila Assis Silva	NASF/Cocalzinho
Camilla Guimarães Prado	CEREST/SUVISA/SES-GO
Carlos Alberto Rodrigues de Oliveira	SESMT/SPAIS/SES-GO
Cássia Aparecida da Costa Oliveira	CEREST/Goiânia
Celisa Crispim Souza	CAPS/Goiânia
Celita da Guia Mota Cirino	CAPS/Goiânia
Claudia Maranhão Bariance	SMS/Goiânia
Cristiano Antunes da Silva	CAPS/Goiás
Daiana R. da Silva	CEREST/Ceres
Daniella Tronconi Camilo	CAPS/São Luís dos Montes Belos
Danniella Davidson Castro	CVSAST/SUVISA/SES-GO
Doralice Soares Barbosa Abe	SESMT Central/ SES-GO
Dulcimary Bueno	SPAIS/SES-GO
Edcarla Santos Silva	CEREST/Ceres
Edna Prego	Hospital Geral de Goiânia
Elaine Fernandes da Cunha Mesquita	CAPS/Goiânia
Elia Maria Teles	CAPS/Cocalzinho
Elise Alves dos Santos	CEREST/SUVISA/SES-GO
Elizabeth Reginato Craveiro Franco	Cassi
Fernanda Karla Silva Caçado	CAPS/Goiás

Francineide Reis de Oliveira Dias	CAPS/São Luís dos Montes Belos
Gabriela Dutra	SEST/SES-GO
Giany Kelen Gonçalves	CAPS/São Luís dos Montes Belos
Gislaine Borges Barbosa	CEREST/Rio Verde
Glauciene Maia de Almeida	Conselho Estadual de Saúde - GO
Hellen Cristina Rocha	CEREST/SUVISA/SES-GO
Honorina M. Batista	MS
Huilma Alves Cardoso	CEREST/SUVISA/SES-GO
Ismael de Souza	CEREST/Ceres
Janine Gratão Barros	CAPS/Pires do Rio
Jeane Alves Cordeiro	SPAIS/SUVISA/SES-GO
Jesana Mara J. Souza	GGP/SES-GO
Juliana Cherobino de Resende	SESMT Centra/SES-GO
Julianna de Paula Rodrigues	CAPS/Pires do Rio
Karin Alexandre	SEST/SES-GO
Karina de Mello Queiroz	CAPS/Palmelo
Kelly Soares Ribeiro	CAPS/Águas Lindas
Lacinea Milhomem Gonçalves	SPAIS/SES-GO
Laine M. Bueno	IPASGO
Lana Augusta	TCE-GO
Larissa Karla Oliveira Dias Pinheiro	CAPS/Pires do Rio
Larissa Vieira Inácio Rosa	CAPS/Bela Vista
Leilyane Masson	UFG
Leniany C. B. Magalhães	CAPS Bela Vista
Leonardo da Costa Vergara	SPAIS/SES-GO
Lívia Maria Rosa	GGP/SES-GO
Lourival Belém de Oliveira Júnior	SPAIS/SES-GO
Luana Correia Silva Moura	SMS/Trindade
Luciene S. Tavares	SPAIS/SES-GO
Luiza P. R. Medeiros	IFG Goiano
Márcia Adriana Pereira da Silva	CAPS Piracanjuba
Márcia Faria Guimarães	CAPS Pontalina
Márcia José da Silva	SES-GO

Marco Aurélio Mendonça	GESPRE/SES-GO
Marcus Vinicius Alves Galvão	SMS/ Aparecida de Goiânia
Maria Cleide Luiz Rômulo	CAPS Aragarças
Maria Cristina da Silva	UFG
Maria Izidio Ferreira	Hospital Geral de Goiânia
Mariana de Paula Nascimento	CAPS Bela Vista
Marta Maria Brandão	CAPS Anápolis
Mary Lopes Reis	IFG
Nadia Maria Alcanfor Ximenes	CEREST/Goiânia
Nara Rúbia Borges Da Silva	CEREST/Anápolis
Oswaldo Luis Paschoal	Gabinete/SES-GO
Patrícia Almeida	Comunicação/ SES-GO
Patrícia Polizel	CAPS/ Palmelo
Paula Adriana Silva	GSM/ SPAIS/SES/GO
Phaulo Ricardo Ferreira Rocha	Unimed
Renata Rafaela Borges Da Silva	CAPS/Piracanjuba
Rita de Cássia Ferreira Santos	CEREST/Itumbiara
Roberta Florêncio Sabina Da Silva	GVSAST/SUVISA/SES/GO
Roberto Martins da Silva	CAPS/Nerópolis
Rodolfo Vilela Neves	Ambulatório de Saúde Mental/Anápolis
Rodrigo Carvalho de Rego Barros	CAPS Anápolis
Rogério Borges da Silva	GSM/SPAIS/SES/GO
Rosely Gomes	UATI/SMS/Goiânia
Sandra Cordeiro	SEST/SES-GO
Silvia Pinto Soares	CAPS/ Pires do Rio
Tais Guimarães E Silva Souza	CAPS /Pontalina
Tânia da Silva Vaz	GVSAST/SUVISA/SES-GO
Tássia Teles De Carvalho Silva	CAPS/ Piracanjuba
Taufic Saba	GSM/SPAIS/SES-GO
Tereza de Souza Araújo	CAPS/Goiânia
Ubiratan Da Conceição Seixas Júnior	Hospital Geral de Goiânia
Vanessa Lopes Pegurier Gomes	GSM/SPAIS/SES-GO
Vanessa Pimenta Medrado	CAPS/Rialma

Vânia B. C. Santos

MS

Vânia de Fátima Santos

Regional Centro Sul/SES-GO

Vinícius Fagner Coutinho

SESMT Central/SES-GO