



DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA

SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA:

Referências para atuação
da(o) psicóloga(o)

Edição Revisada



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia



CREPOP

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS – CREPOP

SAÚDE DO TRABALHADOR NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA: REFERÊNCIAS PARA A ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O)

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Conselheira Federal Responsável
Elizabeth de Lacerda Barbosa

Especialistas

Andréia de Conto Garbin
Eliana Pintor
Elizabeth de Lacerda Barbosa
Francisco Drummond
Humberto Verona
Leny Sato
Márcia Hespanhol Bernardo
Maria da Graça Jacques

Edição Revisada
Brasília, 2019

© 2019 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.cfp.org.br.

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Diagramação: Agência Movimento

Revisão e normalização: MC&G Design Editorial

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF

(61) 2109-0107 E-mail: ascom@cfp.org.br/www.cfp.org.br

Impresso no Brasil – agosto de 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755 Conselho Federal de Psicologia (Brasil).

Saúde do trabalhador no âmbito da saúde pública : referências para atuação da(o) psicóloga(o) [recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia. — 2. ed. — Brasília : CFP, 2019.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-89208-95-6

1. Psicologia aplicada. 2. Trabalhadores - Aspectos psicológicos. 3. Psicólogos - Formação. 4. Trabalho - Políticas públicas. 5. Pessoal da área de saúde pública.
I. Título.

CDD 158.7

Informações da Edição Revisada

Projeto Gráfico – Agência Movimento
Diagramação – Agência Movimento

Coordenação / CFP

Miraci Mendes Astun – Coordenadora Geral
Cibele Tavares – Coordenadora Adjunta

Gerência de Comunicação (GCom)

Luana Spinillo – Gerente
André Almeida – Analista Técnico – Editoração

Coordenação Nacional do Crepop/CFP

Clarissa Paranhos Guedes – Conselheira Responsável
Mateus de Castro Castelluccio – Supervisor
Larissa Correia Nunes Dantas – Assessora
Joyce Juliana Dias de Avelar – Estagiária

Integrantes das Unidades Locais do Crepop nos CRPs

Conselheiras(os)

Leovane Gregório (CRP01); Vinícius Soares de Oliveira (CRP02); Glória Maria Machado Pimentel, Mailson Santos Pereira e Monaliza Cirino de Oliveira (CRP03); Cláudia Natividade e Flávia Gotelip Correa Veloso (CRP04); Mônica Sampaio (CRP05); Beatriz Borges Brambilla (CRP06); Manuele Monttanari Araldi (CRP07); Maria Sezineide Cavalcante de Melo (CRP08); Mayk Diego Gomes da Glória Machado (CRP09); Valber Luiz Farias Sampaio (CRP10); Emilie Fonteles Boesmans (CRP11); Marivete Jesser (CRP12); Carla de Sant'Ana Brandão Costa (colaboradora CRP13); Beatriz Flandoli (CRP14); Laeuzza da Silva Farias (CRP15); Juliana Brunoro de Freitas (CRP16); Adala Nayana de Sousa Mata (CRP17); Karina Franco Moshage (CRP18); Bruna Oliveira Santana e Claudson Rodrigues de Oliveira (CRP19); Clorijava de Oliveira Santiago Júnior e Gibson Alves dos Santos (CRP20); José Augusto Santos Ribeiro (CRP21); Raissa Bezerra Palhano (CRP22); Ricardo Furtado de Oliveira (CRP23).

Técnicas(os)

Cristina Trarbach (CRP01); Maria de Fátima dos Santos Neves (CRP02); Natani Evlin Lima Dias (CRP03); Pablo Mateus dos Santos Jacinto (CRP03); Leiliana Sousa (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05) Edson Ferreira Dias Júnior (CRP06); Rafaela Demétrio Hilgert (CRP07) Regina Magna Fonseca (CRP09); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Mayrá Lobato Pequeno (CRP11); Iramaia Ranai Gallerani (CRP12); Katuska Araújo Duarte (CRP13); Mônica Rodrigues (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Mariana Moulin Brunow Freitas (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17); Érika Aparecida de Oliveira (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); John Wedson dos Santos Silva (CRP21); Lívia Maria Guedes de Lima Andrade (CRP22); Stéfane Santana Da Silva (CRP23).

Informações da 1.^a edição
2008

Coordenação / CFP

Yvone Magalhães Duarte – Coordenadora Geral

Coordenação Nacional do Crepop/CFP

Ana Maria Pereira Lopes – Conselheira Responsável

Maria da Graça M. Gonçalves – Conselheira Responsável

Cláudio H. Pedrosa – Coordenador Técnico

Natasha R. R. Fonseca – Assessora de projetos

Ariana Barbosa Silva – Assistente Administrativo

PLENÁRIO RESPONSÁVEL PELA REVISÃO

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

XVII PLENÁRIO

Gestão 2016-2019

Diretoria

Rogério Giannini – Presidente

Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega – Vice-presidente

Pedro Paulo Gastalho de Bicalho – Secretário

Norma Celiane Cosmo – Tesoureira

Conselheiras(os) efetivas(os)

Iolete Ribeiro da Silva – Secretária Região Norte

Clarissa Paranhos Guedes – Secretária Região Nordeste

Marisa Helena Alves – Secretária Região Centro-Oeste

Júnia Maria Campos Lara – Secretária Região Sudeste

Rosane Lorena Granzotto – Secretária Região Sul

Fabian Javier Marin Rueda – Conselheiro 1

Célia Zenaide da Silva – Conselheira 2

Conselheiras(os) suplentes

Maria Márcia Badaró Bandeira – Suplente

Daniela Sacramento Zanini – Suplente

Paulo Roberto Martins Maldos – Suplente

Fabiana Itaci Corrêa de Araujo – Suplente

Jureuda Duarte Guerra – Suplente Região Norte

Andréa Esmeraldo Câmara – Suplente Região Nordeste

Regina Lúcia Sucupira Pedroza – Suplente Região Centro-Oeste

Sandra Elena Sposito – Suplente Região Sudeste

Cleia Oliveira Cunha – Suplente Região Sul (*in memoriam*)

Elizabeth de Lacerda Barbosa – Conselheira Suplente 1

Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa - Conselheiro Suplente 2

PLENÁRIO RESPONSÁVEL PELA PUBLICAÇÃO

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

XIV PLENÁRIO

Gestão 2008-2010

Diretoria do CFP

Humberto Cota Verona – Presidente

Ana Maria Pereira Lopes – Vice-presidente

Clara Goldman Ribemboim – Secretária

André Isnard Leonardi – Tesoureiro

Conselheiras(os) efetivas(os)

Alexandra Ayach Anache

Deise Maria do Nascimento

Elisa Zaneratto Rosa

Iolete Ribeiro da Silva

Maria Christina Barbosa Veras

Conselheiras(os) suplentes

Acácia Aparecida Angeli dos Santos

Andréa dos Santos Nascimento

Anice Holanda Nunes Maia

Aparecida Rosângela Silveira

Cynthia R. Corrêa Araújo Ciarallo

Henrique José Leal Ferreira Rodrigues

Jureuda Duarte Guerra

Marcos Ratinecas

Maria da Graça Marchina Gonçalves

Psicólogas(os) convidadas(os)

Aluizio Lopes de Brito

Roseli Goffman

Maria Luiza Moura Oliveira

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	08
APRESENTAÇÃO DA 1.ª EDIÇÃO	10
O CENTRO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS	12
INTRODUÇÃO DA 1.ª EDIÇÃO	14
INTRODUÇÃO DA 2.ª EDIÇÃO	16
MARCOS TEÓRICOS E LEGAIS DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	20
Marco teórico	20
A Saúde do Trabalhador como política pública: aspectos legais	24
ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) EM SAÚDE DO TRABALHADOR	32
A notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos trabalhadores	34
Informação: produção e organização dos dados	37
Ações de assistência e promoção da saúde: uma abordagem interdisciplinar.....	37
Análise dos processos de trabalho e vigilância	40
Educação em saúde e fortalecimento do coletivo de trabalhadores	41
O estabelecimento do nexa causal: um grande desafio que se apresenta à(ao) psicóloga(o) no campo da Saúde do Trabalhador	43
Sobre o uso de álcool nos contextos de trabalho	46
DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NA SAÚDE DO TRABALHADOR	52
A FORMAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
GLOSSÁRIO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
LEITURAS SUGERIDAS	78

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta à categoria e à sociedade o documento *Saúde do Trabalhador no Âmbito da Saúde Pública: Referências Técnicas para a Atuação da(o) Psicóloga(o)*, edição revisada, elaborado no âmbito do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). O documento apresenta as possibilidades de atuação da Psicologia no âmbito da Saúde do Trabalhador, atentando-se para as relações de poder existentes no mundo do trabalho na contemporaneidade. Deste modo, em consonância com um dos princípios fundamentais do Código de Ética do Psicólogo:

VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código (CFP, 2005, p. 7).

Considerando os impactos que tais relações têm sobre as atividades desenvolvidas, no que tange o campo em debate, a(o) psicóloga(o) precisa refletir sobre as consequências que tais relações provocam na saúde do trabalhador, trazendo para o horizonte da atuação da Psicologia a defesa do Sistema Único de Saúde como política pública imprescindível na garantia de direitos e diminuição das desigualdades.

Nesta nova edição da Referência, a comissão entendeu que grande parte do documento permanece atual, ainda apresentando, de modo eficaz, as diretrizes importantes que norteiam o trabalho da psicóloga(o) neste campo de atuação. No entanto, a introdução

da nova edição traz pontos relevantes acerca da conjuntura política atual e as consequências para a consolidação e sobrevivência da política pública. Ademais, foram incluídos aspectos que versam sobre o momento atual deste campo de atuação, como a discussão sobre o uso de álcool nos contextos de trabalho, bem como a importância de formar profissionais aptos para atuar com a Saúde do Trabalhador.

O XVII Plenário do CFP agradece a todas e todos os envolvidos na elaboração deste documento, em especial aos membros da comissão *ad-hoc* responsáveis pela redação. Desejamos que esta publicação seja um instrumento de orientação e qualificação da prática profissional e de reafirmação do compromisso ético-político da Psicologia e que possa auxiliar profissionais e estudantes na aproximação com o campo da Saúde do Trabalhador, pensando essa área em uma perspectiva ampliada e crítica.

XVII Plenário
Conselho Federal de Psicologia

APRESENTAÇÃO DA 1.^a EDIÇÃO ¹

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os Conselhos Regionais vêm reafirmando a cada ano o compromisso assumido pela Psicologia com a área social, dentro de uma perspectiva de respeito à cidadania e de promoção dos direitos humanos. Esse compromisso, que se expressa como um cuidado com a profissão, tem se renovado e revelado-se em diversas iniciativas de gestão. Dentre elas, destaca-se uma mais recente e de grande importância: a criação do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas, o CREPOP.

Esse Centro sintetiza o esforço do Sistema Conselhos de Psicologia no sentido de conhecer e organizar as diversas experiências de psicólogas(os) inseridas(os), já há certo tempo, no campo das práticas em políticas públicas e de tomá-las como bússola orientadora, considerando a renovação que a Psicologia tem recebido das discussões advindas daqui mesmo, de autoras e autores brasileiros e latino-americanos. Enfim, queremos usar a organização dessas práticas como referência para a atuação de outras(os) psicólogas(os) que vêm entrando nessa seara mais recentemente.

Na apresentação dessas referências, o CFP parte da experiência acumulada por militantes e profissionais que aplicam sua energia pessoal na construção de uma outra Psicologia, mais adequada ao projeto de outro mundo possível. Seja por meio de pesquisa, seja por meio de comissões de especialistas, prevalece aqui o esforço de garantir que a voz da autoridade ofereça sua escuta à voz da experiência.

O documento de referências para atuação das(os) psicólogas(os) na Saúde do Trabalhador² que ora se apresenta é mais um

1 Nessa edição, revisada, foram incluídas duas partes — uma nova apresentação e uma nova introdução. Todavia, optamos por manter nessa nova edição a apresentação e a introdução publicadas na primeira edição desse documento.

2 As letras maiúsculas em Saúde do Trabalhador, adotadas neste documen-

enlace na trama que se tece para a construção dessa outra Psicologia, comprometida com uma prática transformadora e crítica, algo que deve ser recebido pela categoria não como uma série de normas rígidas para a padronização da prática, mas como um conjunto de conceitos e informações abalizadores das inúmeras possibilidades de um fazer cuidadoso e bem cuidado, algo que pode ser recebido como uma ferramenta auxiliar na condução de debates e reflexões sobre os modos de efetivação da prática psicológica, esta vista como um dispositivo de promoção da saúde, da dignidade e — por que não? — da realização humana também na esfera social da produção econômica.

Humberto Verona
Presidente do Conselho Federal de Psicologia
XIV Plenário (Gestão 2008-2010)

to, justificam-se pelo fato de que se deseja ressaltar esse campo como área específica de pesquisa e atuação.

O CENTRO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP)

Apresenta-se aqui o documento Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação da(o) psicóloga(o), fruto de trabalho realizado pelo CREPOP em 2007.

Concretização de um desejo da categoria, que avança, junto ao seu Conselho, na elaboração de um projeto coletivo para a Psicologia como profissão com compromisso social, o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), projeto coordenado pelo CFP e realizado em todos os CRPs, surgiu a fim de contribuir para a participação da Psicologia na melhoria das políticas públicas e no avanço das garantias dos direitos humanos.

Criado em 2005, o CREPOP consolidou, ao longo desses anos completos, uma nova forma de relação entre o Sistema Conselhos de Psicologia e a categoria profissional, com uma metodologia própria que garante, ao mesmo tempo, reconhecimento da competência e participação da categoria. Isso está presente tanto no levantamento das informações (que envolve levantamento documental, questionário online, reuniões específicas e grupos focais para levantamento de informações junto às psicólogas e aos psicólogos) como na produção dos documentos de referências (que envolve grupos de especialistas, relatórios de pesquisas, consultas a órgãos governamentais e consultas públicas à categoria).

O documento que chega agora às mãos da categoria, cujo foco recai sobre a área da Saúde do Trabalhador, é resultado de processos desenvolvidos com essa metodologia. Aqui se tem a caracterização geral dessa área de atuação, seguida da contribuição de um grupo de especialistas, com amplo reconhecimento na categoria,

que elaborou uma primeira versão, posta para consulta pública no período de 17 de setembro de 2007 a 28 de outubro de 2007.

A partir dos resultados da consulta pública, o grupo elaborou esta versão, que é publicada agora para ampla divulgação. Esse documento, legitimado pela participação da categoria em sua produção, assume um papel fundamental no debate e na construção de argumentos sobre os posicionamentos e ações pertinentes à(o) psicóloga(o) na Saúde do Trabalhador. Com ele, o CFP dá prosseguimento à produção de referências para a atuação em políticas públicas, condensando, de modo mais pragmático, as finalidades e o compromisso do CREPOP.

Ana Maria P. Lopes e Maria da Graça M. Gonçalves
Conselheiras responsáveis pelo CREPOP
XIV Plenário (Gestão 2008-2010)

INTRODUÇÃO DA 1.^a EDIÇÃO

Este documento, que tem por objetivo oferecer referências para a atuação da(o) psicóloga(o) na área da Saúde do Trabalhador — no âmbito da Saúde Pública — é fruto de um trabalho coletivo que partiu de uma demanda da categoria, foi reconhecida pelo CFP e respondida por meio do CREPOP. A resposta a essa demanda iniciou-se com a identificação de um grupo de reconhecida experiência na área de Saúde do Trabalhador e no desenvolvimento de pesquisas acadêmicas nesse campo. Esse grupo, principal responsável pela redação do texto, manteve contato com outros profissionais e estudiosos, acolhendo avaliações e sugestões. Uma versão preliminar foi disponibilizada para a categoria em consulta pública, incorporando novos olhares e questionamentos.

O resultado desse processo está no texto apresentado a seguir. Nele são incluídos os principais aspectos que configuram a área de Saúde do Trabalhador e que fornecem uma base para se considerar a inserção da(o) psicóloga(o) nesse campo. Parte-se do pressuposto de que as especificidades da relação trabalho e saúde remetem a um pensar e fazer diferenciados, pois envolvem aspectos da organização, processo e condições de trabalho, a compreensão da vivência subjetiva no trabalho e as complexas interações com o aparelho psíquico humano e assim repercutindo, de uma forma positiva ou negativa, sobre a saúde mental dos trabalhadores.

Desse modo, o texto é organizado em quatro eixos. O primeiro inclui uma breve exposição de conceitos, marcos teóricos, aspectos históricos e legais que conformam o campo de reflexões e práticas da Saúde do Trabalhador.

No segundo eixo, buscou-se discutir a atuação da(o) psicóloga(o) nesse campo destacando-se algumas práticas, com ênfase nas estratégias de promoção, prevenção e assistência em Saúde do Trabalhador a serem desenvolvidas em todos os níveis da rede pública

de saúde, particularmente, nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e da Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Alguns exemplos são mencionados com o objetivo de realçar experiências e referências desenvolvidas na área, mas é importante ressaltar que, com tal apresentação, não se pretendeu esgotar todas as possibilidades e tampouco oferecer modelos fixos, uma vez que cada realidade e demanda local possibilitam um novo fazer à luz dos princípios do SUS. Nesse tópico, ainda é discutido um dos aspectos que mais tem preocupado as(os) psicólogas(os) que atuam na área de Saúde do Trabalhador: a explicitação do caminho a ser percorrido para o estabelecimento da relação causal entre o adoecimento/sofrimento psíquico e o trabalho.

O terceiro eixo é dedicado à discussão dos aspectos éticos que envolvem a atuação da(o) psicóloga(o) nessa complexa área, cujo foco de intervenção abrange diretamente a relação entre capital e trabalho e, finalmente, no último eixo, são abordados os aspectos relacionados à formação da(o) psicóloga(o) para a atuação em Saúde do Trabalhador.

Visando a possibilitar o acesso do leitor aos diferentes referenciais teóricos, ao final do documento, além das obras citadas, são fornecidas outras referências como sugestões de leitura. Para aqueles menos familiarizados com a área, também foi organizado um glossário com os principais termos e siglas utilizados no decorrer do texto.

INTRODUÇÃO DA EDIÇÃO REVISADA

A primeira versão desta referência foi publicada em 2008, quando vivíamos um contexto bastante distinto do atual com relação ao mundo do trabalho e às políticas públicas de saúde. Naquela ocasião, vínhamos da relativamente recente criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), que visava à ampliação da rede de saúde do trabalhador e ao aprimoramento dos serviços existentes. Ainda que tímido, no nosso país, havia um evidente incentivo às políticas públicas na área de saúde naquele momento histórico.

Agora, passados dez anos, o contexto é bastante distinto. O ataque aos direitos sociais é flagrante, assim como o é a adoção de medidas que afrontam diretamente políticas públicas, incluindo o SUS. A chamada “reforma trabalhista” e outras leis aprovadas recentemente tendem a mudar radicalmente o quadro em que as propostas de Saúde do Trabalhador foram estabelecidas. Apesar de serem acompanhadas de discurso de que mudanças são inevitáveis e necessárias “para o bem de todos”, o que se vê é a legalização de diversas formas de contratação, que, antes, eram limitadas. Elas são muito vantajosas para os empregadores, mas francamente desfavoráveis aos trabalhadores, que são levados a uma condição precária de trabalho e de vida. As mudanças são bastante extensas e focam em diversos âmbitos, mas vale destacar aqui algumas das novas formas de contratação, que podem ter influência na saúde dos trabalhadores:

- *A possibilidade de terceirização irrestrita para qualquer atividade dentro de uma empresa:* já há muito tempo sabido que esse tipo de contratação leva à precarização do trabalho por características diversas, tais como a maior instabilidade nos contratos, menores salários, fragmentação sindical, etc.

- *Trabalho intermitente*: o trabalhador fica totalmente à disposição da empresa para quando ela precisar de seus serviços, mas só é pago pelo que efetivamente trabalhar. Tal modalidade de contratação representa ampla submissão do trabalhador às necessidades da empresa sem uma contrapartida na mesma altura.
- “*pejotização*”: as empresas podem contratar indivíduos na condição de pessoa jurídica, ou seja, em vez de ser registrado como empregado, o trabalhador passa a ser uma “empresa” prestadora de serviços, tendo, no entanto, todas as obrigações da condição de trabalhador (cumprimento de horário e metas, por exemplo), mas sem os mesmos direitos. Como pessoa jurídica, não tem férias remuneradas e décimo terceiro salário, assim como, deve ele mesmo arcar com os custos integrais da previdência social.

Além de formas precárias de contratação, as leis, normas e decretos aprovados desde 2016 também trazem outros prejuízos aos trabalhadores que podem ter impacto direto na sua saúde, tais como:

- *O fim do imposto sindical*: sem uma fonte de renda fixa em um contexto de desregulamentação do trabalho, os sindicatos ficarão mais fragilizados e com menos possibilidades de atuação na proteção dos direitos dos trabalhadores.
- *Criação de empecilhos para que trabalhadores processem empresas na Justiça do trabalho*: entre tais dificuldades, podemos destacar a imposição de pagamento de custas judiciais pelo trabalhador caso perca o processo, mesmo que comprove não ter condições financeiras, e o pagamento de multa caso não compareça à audiência. Tais penalidades desencorajam trabalhadores a buscar ressarcimento de prejuízos à sua saúde oriundos do trabalho.
- *Prevalência do negociado sobre o legislado*: ou seja, o que for negociado por uma empresa diretamente com seus trabalhadores deve prevalecer mesmo que a lei seja mais restritiva. Com o enfraquecimento dos sindicatos e um contexto de desemprego, o poder de barganha dos

trabalhadores fica bem reduzido, possibilitando uma evidente vantagem aos empregadores no processo de negociação.

- *Redução de tempo de descanso entre jornadas e ampliação da jornada de trabalho:* com a realização de horas-extras e banco de horas, de acordo com os interesses do empregador.
- *A possibilidade de mulheres grávidas trabalharem em locais insalubres.* a depender do tipo de contaminação, a mulher correrá risco de aborto, malformações congênitas, com prejuízos que poderão afetar a vida de mães e crianças definitivamente.

Além das alterações legais já realizadas, a nova configuração dos poderes Executivo e Legislativo a partir de 2019 indica que as mudanças de cunho neoliberal tendem ser ainda mais enfatizadas nos próximos anos. Uma daquelas já em discussão, que deverá afetar diretamente os trabalhadores é a chamada “reforma previdenciária”. A imposição de uma idade mínima e a ampliação do tempo de trabalho para todos sem diferenciação das condições de trabalho deve afetar especialmente aqueles que realizam atividades com grande exigência física e mental. Estes não terão condições de cumprir o tempo determinado para poder aposentar-se, ficando, portanto, sem nenhuma proteção social ao envelhecerem, sendo que muitos também podem estar doentes por conta do próprio trabalho.

Tal cenário impõe um novo olhar àqueles que se dedicam à defesa da saúde dos trabalhadores. Vale lembrar que a política de saúde do trabalhador no SUS foi concebida em um cenário no qual o emprego “com carteira assinada” era o padrão de trabalho buscado pela população, ainda que, historicamente, cerca de metade dos trabalhadores sempre viveu na informalidade.

Certamente, a nova configuração do mundo do trabalho que se apresenta trará outros desafios para as políticas públicas de Saúde do Trabalhador, que ainda não estão totalmente evidentes. Aliás, a própria política pública de Saúde do Trabalhador também está ameaçada.

Por isso, nesta edição, optamos por não alterar a essência das referências para a atuação da(o) psicóloga(o) na Saúde do Trabalha-

dor, ainda que tenhamos evidenciado que elas podem não dar conta da complexidade da conjuntura atual e futura. Assim, foi realizada apenas uma revisão geral, com algumas pequenas alterações de conteúdo, e a inclusão de um tópico sobre o uso de álcool nos contextos de trabalho, por ser uma temática que tem ganhado relevância no campo da saúde do trabalhador e que deve ter ainda mais importância dos próximos anos, considerando o contexto apresentado acima.

MARCOS TEÓRICOS E LEGAIS DO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Marco teórico

A Saúde do Trabalhador configura um campo de saber e de práticas que demandam da Psicologia uma atuação sobre o trabalho e sobre as estruturas e processos que o organizam, a partir do *locus* dos serviços públicos de saúde.

A conformação desse campo, no Brasil, dá-se num contexto histórico específico — o do momento de abertura política no final da década de 1970 — quando os movimentos sociais retomam a cena pública e interferem na construção da agenda que definirá as políticas públicas de corte social, culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, posteriormente, com a lei do Sistema Único de Saúde (SUS). No caso específico da Saúde do Trabalhador, o movimento sindical e o movimento sanitarista tiveram importante participação na sua incorporação como política de saúde, concebendo o adulto em sua condição de trabalhador, o que implica conhecer a situação de trabalho, ou seja, não apenas o processo de produção em si, mas também o processo de produção e (re)produção das relações sociais de produção.

Essa origem explica a adoção de determinados marcos teórico-conceituais e de uma proposta programática que estão ancorados na saúde coletiva, na Medicina Social latino-americana e na Saúde Pública (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; LACAZ, 1996). A saúde coletiva fornece as bases para se compreender o processo saúde-doença, contextualizado nas relações sociais, dando relevo à estratificação social e norteando o planejamento em saúde (NUNES,

1994, 2005; GALLO, 1992); a Medicina Social latino-americana aporta o processo de trabalho (como processo de produção de bens e serviços e de valor) segundo a concepção marxista, como categoria central para se compreender a relação trabalho e processo saúde-doença (LAURELL; NORIEGA, 1989); e a Saúde Pública orienta programaticamente as ações em Saúde do Trabalhador.

Alguns princípios norteiam a definição dessa política: saúde é um dever do Estado, os serviços devem contar com a participação e o controle social, e as ações devem contemplar promoção, prevenção, assistência, reabilitação e vigilância à saúde.

A Saúde do Trabalhador, enfim, configura um campo de conhecimentos e de práticas que tem como objetivo o estudo, a análise e a intervenção nas relações entre trabalho e saúde-doença, mediante propostas programáticas desenvolvidas na rede de serviços de saúde pública (LACAZ, 1996). Tal campo agrega conhecimentos provenientes de diversas disciplinas, como a clínica médica, a Medicina do trabalho, a Sociologia, a epidemiologia social, a Engenharia, a Psicologia, a Psiquiatria, a ergonomia, dentre outras (NARDI, 1997). Mas é importante destacar que, além do embasamento teórico interdisciplinar, a vivência e o saber dos trabalhadores se revestem de importância fundamental e imprescindível não só na elaboração do Mapa de Riscos de um determinado processo de produção mas também assumem importante papel na formulação de estratégias para transformar essa realidade, na forma de interpretar o adoecimento e organizar os serviços de saúde para operar sobre essa realidade (ODDONE, RE; BRIANTE, 1981; ODDONE et al., 1986; LACAZ, 1996).

Aqui também vale lembrar a estreita relação existente entre a Saúde do Trabalhador e a saúde ambiental, que são frequentemente tratadas como campos diferentes. O elo que os une é justamente a relação entre processo de produção e consumo. De acordo com Tambellini e Arouca (1998), foi o desenvolvimento do campo da Saúde do Trabalhador que abriu caminho para a incorporação do campo da saúde ambiental moderna. Portanto, quando se fala das repercussões dos processos produtivos sobre o ambiente, não se pode esquecer que esses mesmos processos produtivos que prejudicam a saúde da população em geral são inicialmente percebidos pelos grupos de tra-

balhadores expostos. Do ponto de vista epidemiológico, são esses os grupos sentinela³ daquilo que está por vir para todas as pessoas em uma determinada microrregião geográfica, a população em geral.

Longe de ser um termo apenas descritivo e sinônimo da saúde ocupacional, Saúde do Trabalhador refere-se a um campo de saberes e práticas com evidentes compromissos teóricos, éticos e políticos, e insere-se como uma política pública em saúde que demanda articulações intersetoriais (saúde, previdência social, educação, trabalho e emprego e meio ambiente, dentre outras). A amplitude do campo teórico e prático da Saúde do Trabalhador exige a inter-relação de diversos saberes e a apreensão de múltiplos conceitos. As diversas disciplinas que incorporam elementos para análise dos fenômenos coletivos e sociais, tais como a epidemiologia, a Sociologia, etc., trazem uma contribuição essencial para a compreensão dos processos de trabalho e modelam novas disciplinas de fronteiras, como a psicossociologia do trabalho, por exemplo.

É importante ressaltar também que tal proposta desenvolve-se como uma crítica à concepção e prática da saúde ocupacional e da Medicina do Trabalho, criadas para operar como ferramentas de gestão da força de trabalho, com vistas à busca de eficiência, produtividade e lucratividade e com a tendência de restringir seus objetos de atuação às condições do ambiente de trabalho (de natureza física, química, biológica e mecânica), às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho, sem considerar que as relações sociais de produção têm um papel determinante no processo saúde-doença.

Dessa forma, a Saúde do Trabalhador adota uma visão da relação entre o trabalho e o processo de saúde-doença que supera aquela do ambiente e seus agentes. Nela, o biológico e o psíquico interagem, constituindo um nexo psicofísico indissociável, cujo desequilíbrio, mediado pelas relações sociais, pode expressar-se numa ampla e variada gama de transtornos, classificados como doenças, mal-estares difusos, sofrimentos e danos, que se somam

3 O termo sentinela designa serviços assistenciais de retaguarda de média e alta complexidades já instalados e qualificados para garantir a geração de informação, a fim de viabilizar a vigilância em saúde.

às doenças ocupacionais clássicas, aos acidentes do trabalho e às doenças relacionadas ao trabalho (BREILH, 1994; LAURELL; NORIEGA, 1989). A Saúde do Trabalhador, portanto, propõe uma nova forma de compreensão das relações entre trabalho e saúde e novas práticas de atenção à saúde dos trabalhadores e de intervenção nos ambientes de trabalho. Busca-se, sobretudo, compreender a ocorrência dos problemas de saúde à luz das condições e dos contextos de trabalho, tendo em vista que medidas de promoção, prevenção e vigilância deverão ser orientadas para mudar o trabalho. Evita-se, assim, o “psicologismo”, que explica os eventos sociais por aspectos psíquicos individuais ou a abordagem de tipo band-aid, que traduz medidas de “natureza post hoc (reativa), como, por exemplo, aconselhamento de trabalhadores estressados, psicoterapia individual, relaxamento ou *biofeedback*” (KOMPIER; KRISTENSEN, 2003, p. 41).

Como campo multidisciplinar, a diversidade de perspectivas (configurada por especificidades teóricas e metodológicas) faz-se presente. No caso da Psicologia, em especial, a Saúde do Trabalhador canaliza a interface entre os conhecimentos da Psicologia social da saúde e da Psicologia social do trabalho, além da Psicologia clínica. Cada um deles, por sua vez, aporta contribuições ao mesmo tempo específicas e múltiplas. Dentre elas, tem-se a tematização de processos de conhecimento, de explicações e de sentidos sobre o processo saúde-doença e trabalho (cognição social), saúde mental e trabalho, Neuropsicologia, toxicologia comportamental, causalidade de acidentes de trabalho, modelos de gestão e de organização do processo de trabalho, subjetividade e saúde mental.

Ressalta-se que a escolha de uma abordagem e a definição do percurso metodológico dependem da natureza do objeto, do objetivo do estudo e dos princípios e conceitos acerca do contexto social (SATO, 2002). A diversidade que se expressa teoricamente remete o profissional a uma escolha criteriosa e fundamentada para atuar e a uma análise crítica e histórica da realidade.

Deve-se destacar que é sobretudo como disciplina das ciências humanas que a Psicologia singulariza a sua contribuição para a investigação, para as práticas e para a contínua construção das ações que implementam e conformam a política de Saúde do Trabalhador.

A Saúde do Trabalhador como política pública: aspectos legais

Em meados da década de 1980, foram criados os primeiros Programas de Saúde do Trabalhador (PST) por alguns municípios e estados e, em 1988, essa proposta foi incluída na Constituição Federal que, em seu artigo 200, estabeleceu que “ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete [...] executar as ações de Saúde do Trabalhador [...], colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”. A saúde do trabalhador inclui-se, assim, no âmbito do direito à saúde, que deve ser garantido pelo Estado por meio do SUS.

Conforme define o Ministério da Saúde:

devido à abrangência de seu campo de ação, a Saúde do Trabalhador apresenta caráter intra-setorial, envolvendo todos os níveis de atenção e esferas de governo no SUS, e intersetorial (incluindo a Previdência Social, o trabalho, o meio ambiente a Justiça, a educação e os demais setores relacionados com as políticas de desenvolvimento), o que exige uma abordagem interdisciplinar, com a gestão participativa dos trabalhadores (BRASIL, 2006b).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8080/90), que regulamenta tais dispositivos constitucionais, toma como princípio básico que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, o trabalho [...]”. Assim, a Saúde do Trabalhador passa a ser regida pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a saber:

- I. universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. integralidade de assistência, entendida

- como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III. preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
 - IV. igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
 - V. direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
 - VI. divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
 - VII. utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
 - VIII. participação da comunidade;
 - IX. descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
 - X. integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
 - XI. conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
 - XII. capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e
 - XIII. organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1988).

É no artigo 6.º, parágrafo 3.º, que a Lei Orgânica da Saúde regulamenta a Saúde do Trabalhador:

Entende-se por Saúde do Trabalhador, para fins desta Lei, o conjunto de atividades que se destina, através de 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, abrangendo:

- I. assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;
- II. participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde, em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;
- III. participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;
- IV. avaliação do impacto que as tecnologias provocam na saúde;
- V. informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho bem como sobre os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;
- VI. participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de Saúde do Trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

- VII. revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e
- VIII.a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (BRASIL, 1990).

A estratégia de institucionalização e fortalecimento da Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde criou a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) em 2002, com o objetivo de “integrar a rede de serviços do SUS, voltados para a assistência e a vigilância, para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador” (BRASIL, 2002).

É importante assinalar que a criação da RENAST em setembro de 2002 acompanhou a mesma estratégia de criação da rede de saúde mental no mesmo ano: ambas partiram da mesma estratégia de estruturação de uma rede de dispositivos territoriais fortes — os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) — viabilizada por meio de incentivo financeiro aos Municípios e Estados para a sua criação. Em ambas, tais dispositivos territoriais desempenhariam, sobretudo, uma função de polos irradiadores de uma nova cultura de intervenção e de cuidado.

No caso da Saúde do Trabalhador, os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) assumiram a função de suporte técnico, de coordenação de projetos e de educação em saúde para a rede do SUS da sua área de abrangência. Essas unidades contam com uma equipe mínima definida em portaria (BRASIL, 2002) que assume conformações específicas, variando de oito a vinte profissionais de nível superior e médio, a depender da sua esfera de atuação (estadual ou regional) e da dimensão de sua área de abrangência. Algumas categorias profissionais são obrigatórias em tais equipes,

sendo elas o médico, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem. O restante da equipe pode ser composto por diversas categorias de nível médio e por profissionais de nível superior “com formação em saúde do trabalhador”, que podem ser médicas(os) generalistas, médicas(os) do trabalho, médicas(os) especialistas, sanitaristas, engenheiras(os), enfermeiras(os), psicólogas(os), assistentes sociais, fonoaudiólogas(os), fisioterapeutas, sociólogas(os), ecólogas(os), biólogas(os), terapeutas ocupacionais, advogadas(os).

Observa-se então que a(o) psicóloga(o) não tem inserção obrigatória nas equipes dos CERESTs, mas está entre os profissionais de saúde que podem integrá-las. No entanto, o que se observou na prática é que a maioria dos CERESTs implantados naquela época optou pela inclusão da(o) psicóloga(o). No processo de estabelecimento da RENAST nos nove estados da Amazônia Legal (regiões Centro-Oeste e Nordeste), por exemplo, foi disseminada a orientação sobre a importância estratégica de organização de um setor de saúde mental e trabalho em cada CEREST. Isso se deve não apenas ao reconhecimento da grande prevalência dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho 30%, segundo a OMS (BRASIL, 2001) — mas à sua notável transversalidade: atinge, indistintamente, trabalhadores de todas as categorias, do setor formal e informal, da cidade e do campo. Nesse fato reside a estratégia de considerar o desenvolvimento de ações no campo da saúde mental como um dos projetos estruturadores da RENAST (MERCUCCHI; MARCONDES, 2007). Pode-se dizer que, no âmbito do SUS, o campo da saúde mental e trabalho encontra nas(os) psicólogas(os) importante base técnica de sustentação. A Psicologia tem oferecido uma relevante contribuição para a compreensão da subjetividade do trabalhador, sobretudo no que concerne às vivências de sofrimento no trabalho e às patologias dele decorrentes.

A estratégia de implementação de uma rede regionalizada de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, adotada pelo Ministério da Saúde, pressupõe que os CERESTs não sejam portas de entrada do sistema de saúde pública, devendo constituir centros articuladores e organizadores no seu território de abrangência de ações intra e intersetoriais de Saúde do Trabalhador, com uma função de retaguarda técnica e de pólos irradiadores de ações e ideias

de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica (BRASIL, 2006b).

A RENAST não se restringe à adequação e à ampliação da rede de CERESTs no país. O principal objetivo da criação dessa rede é exatamente o de buscar garantir, em todos os níveis do SUS, a inclusão do olhar para a saúde dos trabalhadores. A RENAST prevê a inserção da Saúde do Trabalhador na atenção básica e nos níveis de maior complexidade do sistema de saúde, a implementação de ações de vigilância e promoção em Saúde do Trabalhador e a criação de uma rede de serviços sentinela (BRASIL, 2005), direcionada para o acompanhamento dos setores produtivos que se destacam na determinação de agravos à saúde dos trabalhadores.

Deve-se, ainda, ressaltar que a Saúde do Trabalhador, enquanto política de saúde pública, não focaliza apenas a saúde dos trabalhadores com vínculos formais de trabalho. Ela se ocupa de qualquer tipo de atividade de trabalho, formal e informal, que ofereça riscos à saúde e à segurança dos trabalhadores.

Um último aspecto a ser destacado aqui é a importância da participação dos trabalhadores nos serviços de saúde, independentemente de serem unidades especializadas em Saúde do Trabalhador. Tal participação ocorre, de modo geral, por meio da organização dos Conselhos Gestores dos serviços de saúde ou da eleição dos usuários para a composição dos Conselhos Municipais de Saúde.

De acordo com o Manual de Gestão e Gerenciamento do Ministério da Saúde (2006b), as instâncias de controle social, no caso dos CERESTs são: a Conferência de Saúde, a Conferência de Saúde do Trabalhador, o Conselho de Saúde, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST) e o Conselho Local de Saúde do CEREST, conforme indicado no artigo 5º da Portaria n.º 2437/2005, que dispõe sobre a RENAST, o fortalecimento do controle social é essencial no processo de formação e implementação dessa rede de atenção à saúde dos trabalhadores:

Art. 5.º Definir que o controle social nos serviços que compõem a RENAST, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores,

se dê por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei n.º 8.142/90 e, bem assim, das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador

– CIST, instituídas na forma dos artigos 12 e 13, inciso VI, da Lei n.º 8.080/90, de acordo com a respectiva regulamentação.

§ 1.º O fortalecimento do controle social é componente essencial do processo de ampliação da RENAST e sua participação na previsão de ações em Saúde do Trabalhador, na gestão estadual e municipal do SUS, deve ser assegurada na elaboração dos correspondentes planos de saúde, previstos no artigo segundo desta Portaria.

§ 2.º O controle social, no âmbito dos CEREST, deverá verificar-se por meio da criação e implementação dos Conselhos desses serviços.

§ 3.º Os colegiados, previstos no parágrafo anterior, desempenharão as funções definidas em regulamentação do Conselho de Saúde da correspondente esfera de poder (BRASIL, 2005).

Mais do que seguir uma determinação legal, a participação dos trabalhadores é fundamental na identificação dos aspectos de risco presentes nos processos de trabalho e na elaboração e implementação do Plano de Saúde do Trabalhador, que deverá refletir as necessidades de saúde, as possíveis ações, a viabilidade econômico-financeira e a identificação de parceiros. A composição dos Conselhos Locais de Saúde inclui os diversos segmentos sociais relacionados à área da Saúde do Trabalhador, tais como sindicatos, associações de portadores de doenças relacionadas ao trabalho ou usuários em geral.

Merece destaque, ainda, outra experiência de organização dos trabalhadores que ocorre nos CERESTs. Não raro, após a participação nas atividades terapêuticas oferecidas pelos serviços, os trabalhadores agrupam-se voluntariamente e constituem redes de

solidariedade, apoio social e ajuda mútua. Em alguns casos, são criados grupos de autogestão com a finalidade de obter alguma renda com a venda de produtos confeccionados pelos trabalhadores, como, por exemplo, artesanato. Em geral, tais atividades são acompanhadas pelas(os) psicólogas(os) que participam do planejamento e avaliação das ações, além da interlocução com o próprio serviço. Na área da saúde, essas iniciativas são significativas para evitar o isolamento e melhorar as condições de saúde, além de potencializar a capacidade de enfrentamento dos problemas e a participação dos usuários na instituição (ANDRADE; VAITSMAM, 2002).

ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Conforme já foi assinalado, a área de atenção à saúde dos trabalhadores insere-se no campo das práticas em saúde coletiva, e a(o) psicóloga(o) poderá deparar-se com as questões do processo saúde-doença em sua relação com o trabalho, independentemente do lugar em que esteja atuando.

Considerando o fato da atual configuração teórica da área romper a concepção que estabelece um vínculo causal entre doença e um agente específico e introduzir a leitura dos condicionantes sociais, das condições e da organização do trabalho na determinação do processo de adoecer e sofrer no trabalho, tais preceitos repercutirão na prática psicológica, o que implica uma releitura teórica e metodológica dessa prática. A revisão da abordagem médico-centrada, com ênfase nos fenômenos biológicos e uma visão mecanicista do adoecer, que não previa intervenções nos processos produtivos, foi modificada e ampliou os conhecimentos sobre a relação entre saúde e trabalho, privilegiando o olhar sobre o trabalhador.

Na perspectiva de superar o reducionismo positivista das explicações que permeiam o adoecer no trabalho, impõe-se à área de Saúde do Trabalhador um olhar sobre o ser humano na relação com a sua atividade, isto é, na forma pela qual se insere no processo produtivo, além das condições, da organização e da divisão do trabalho. Dessa forma, é preciso reconhecer a subjetividade no trabalho, o significado que os indivíduos atribuem a determinadas situações, o modo como cada um reage a partir da sua história de vida, de seus valores, das suas crenças, das suas experiências e das suas representações sobre a atividade desenvolvida.

Torna-se evidente também a necessidade da participação dos trabalhadores nas ações voltadas para a proteção e a promoção da saúde

como sujeitos capazes de contribuir com o seu conhecimento para o avanço da compreensão do impacto do trabalho sobre o processo saúde-doença e de intervir para transformar a realidade. Nesse contexto, cabe à Psicologia contribuir com um olhar para cada sujeito, considerando-o sujeito de um coletivo, resgatar o conhecimento e valorizar a subjetividade dos trabalhadores, para compreender melhor suas práticas de trabalho (SELLIGMANN-SILVA, 2011; SILVA FILHO; JARDIM, 1997). Seguindo as diretrizes do SUS, as ações desenvolvidas devem ser orientadas para a promoção, a prevenção, a assistência e a reabilitação. Ao mesmo tempo, devem ser desenhadas a partir das singularidades que conformam cada território, em termos econômico-produtivos e socio-culturais, cabendo especial atenção à especificidade da organização do movimento social-sindical, pois, conforme já foi dito, o controle social é um dos princípios norteadores da política de Saúde do Trabalhador.

Dadas as circunstâncias, as práticas psicológicas em Saúde do Trabalhador devem ser desenhadas a partir de uma contínua atividade investigativa que norteie a eleição de prioridades e que defina as formas de atuação. Deve-se considerar que a atuação da(o) psicóloga(o) nesse âmbito pode estar delimitada por determinações legais (como no caso da vigilância) e pode subsidiar a concessão de benefícios previdenciários (auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, por exemplo) e trabalhistas (direito à reintegração).

Desse modo, com o intuito de apresentar as contribuições da Psicologia para a implantação e a implementação de ações na área da Saúde do Trabalhador, serão relatadas, a seguir, algumas atividades desenvolvidas nessa área. É importante salientar que muitas dessas ações tornaram-se referência para a implantação de diversas práticas; no entanto, não se trata da apresentação de modelos, pois as informações e demandas locais, as especificidades regionais, as atribuições e as competências de cada serviço norteiam a definição das ações, segundo os princípios do SUS, privilegiando as estratégias da atenção básica, o enfoque da promoção da saúde e o controle social.

Também vale lembrar que, da mesma forma que a Saúde do Trabalhador enquanto política pública não se restringe aos CERESTs, também a atuação da(o) psicóloga(o) nesse campo não pode ficar restrita a essa unidade especializada. Ela deve ocorrer nos mais diver-

tos serviços do SUS, tais como unidades de atenção básica, ambula-tórios de especialidades, CAPS, hospitais e serviços de vigilância em saúde. As particularidades e possibilidades de ação em cada local dependem das características loco-regionais e de determinações legais. Sendo assim, aqui também não se pretende delimitar as fronteiras de atuação da(o) psicóloga(o) em cada tipo de serviço, mas apresentar as diversas possibilidades de ação no campo da Saúde do Trabalhador em que esse profissional possa estar inserido. No que se refere ao papel de cada tipo de serviço no SUS, sugere-se consultar a legislação indicada nas referências ao final do documento.

A notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos trabalhadores

A notificação dos agravos tem se colocado como um dos principais desafios à rede de atenção à saúde dos trabalhadores. Constitui uma ação de cuidado na atenção integral aos trabalhadores. Atua na prevenção, dá visibilidade aos casos e permite que a rede de proteção e cuidado aos trabalhadores seja acionada.

Nos últimos anos, muito se avançou com a publicação, pelo Ministério da Saúde, do Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho (2001), cujo capítulo 10 discorre sobre os transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho.

Referente à notificação compulsória de agravos, desde 2004, pela Portaria 777, foram incluídos agravos relativos ao campo da saúde mental. Atualmente, vigora a Portaria MS n.º 04, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a) que institui a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nela constam os seguintes agravos relacionados à saúde do trabalhador, a saber:

- Acidente de trabalho com exposição a material biológico;
- Acidente de trabalho: grave, fatal e em crianças e adolescentes;

- Intoxicação Exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados);
- Violência doméstica e/ou outras violências;
- Violência sexual e tentativa de suicídio;

Relativo à Vigilância em Saúde do Trabalhador, aos transtornos mentais relacionados ao trabalho figuram na Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela Estratégia de Vigilância Sentinela, da Portaria MS n.º 05, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017b) e outros mais:

- Transtornos mentais relacionados ao trabalho
- Câncer relacionado
- Dermatose ocupacional
- Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT)
- Perda Auditiva Induzida por Ruído (PAIR) relacionada ao trabalho
- Pneumoconioses relacionadas ao trabalho

Destacamos que os acidentes e doenças do trabalho muitas vezes acabam por desencadear transtornos mentais. Neste caso, trata-se de um transtorno mental secundário, mas que ainda mantém relação com o trabalho e, também, deve ser notificado.

A notificação compulsória é obrigatória para os médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, em conformidade com o art.8º da Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975 (BRASIL, 1975).

Reconhecendo as violências relacionadas ao trabalho

As violências relacionadas ao trabalho adquiriam o caráter compulsório para registro da ocorrência desses agravos no âmbito da saúde, conforme portaria de consolidação. Objetiva-se conhecer a gravidade e a magnitude dos casos e subsidiar políticas para a

atenção, a prevenção de violências e a promoção da saúde (BRASIL, 2017c).

A notificação dos casos de violência é compulsória no território brasileiro. O formulário de notificação é a ficha de notificação de violência interpessoal/autoprovocada que alimentam o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Nela consta a definição de caso das violências, conforme segue:

- Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. Essas situações podem atingir homens e mulheres em todos os ciclos da vida.
- No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.

Cabe salientar que existe um campo na ficha para informar se a violência é relacionada ao trabalho (campo 66 – *essa violência é relacionada ao trabalho?*). Os instrumentos passam por constantes revisões, por isso indica-se a consulta aos documentos atualizados pelo Ministério da Saúde.

A violência autoprovocada poderá ser relacionada ao trabalho, dentro ou fora do ambiente laboral. Segundo Dejours e Begué (2010) a configuração de um cenário hostil seria determinante para os atos suicidas. São organizações marcadas pela solidão, por alta competitividade entre os trabalhadores, desconfiança mútua, vigilantismo, por processos individualizados de avaliação de desempenho e busca incessante de padrões de qualidade, mesmo que ao custo do sacrifício da ética e da satisfação de necessidades pessoais, com ênfase na identificação dos erros em detrimentos dos acertos e da qualidade do trabalho, onde a degradação da convivência coletiva e o sentimento de abandono e desamparo experimentado pelos trabalhadores criam todas as condições para este gesto desesperado.

Selligmann-Silva (2011) pontua que faz parte da dominação o ataque à dignidade que é utilizado a partir da humilhação como forma de

“quebrar o orgulho”, “dobrar” e, deste modo, obter a sujeição dos assalariados. A submissão dá a garantia da vitória e a plenitude da dominação. A intensificação da dominação atinge a vida mental. O medo é um instrumento poderoso neste processo, assim como a sedução que se tornou uma ferramenta importante de dominação. Em tempos de recessão e desemprego, aumenta a possibilidade da ocorrência de violência e os trabalhadores são induzidos à servidão. A análise da violência relacionada ao trabalho integra a anamnese ocupacional para estabelecimento do nexos causal, como também as ações de vigilância nos locais de trabalho.

As notificações das violências integram uma dimensão das linhas de cuidado para atenção integral às pessoas, que conduzem às ações de cuidado e proteção, bem como de vigilância e prevenção.

Informação: produção e organização de dados

A área da Saúde do Trabalhador tem, tradicionalmente, utilizado as informações produzidas por outros setores, tais como a Previdência Social (o registro das notificações de acidentes do trabalho) e o Ministério do Trabalho e Emprego (registro das empresas), dentre outros, uma vez que há carência de dados nos serviços de saúde relativos ao adoecimento produzido pelo trabalho, mapeamento dos riscos no trabalho, etc.

Por outro lado, as informações dos serviços devem alimentar os sistemas de informação em saúde, integrando os dados de saúde do trabalhador aos bancos de dados oficiais, o que garantirá a ampla difusão das informações e as disponibilizará para a sociedade.

Ações de assistência e promoção da saúde: uma abordagem interdisciplinar

Independentemente do seu espaço de atuação, a(o) psicóloga(o) deve sempre colaborar com a saúde dos trabalhadores, sem perder de vista na sua prática clínica a centralidade do trabalho na

compreensão da subjetividade humana. Contudo, deve-se ressaltar que é na abordagem interdisciplinar que se pode dar conta da amplitude dos problemas de saúde relacionados ao trabalho.

Nesse sentido, observa-se que as(os) psicólogas(os) têm participado da elaboração de diferentes modalidades terapêuticas de atenção aos trabalhadores, dando especial destaque às atividades grupais com trabalhadores com problemas de saúde diversos (LER/DORT; lombalgia, PAIR, etc.) e, especialmente, de saúde mental. Em tais atividades, são adotadas variadas perspectivas teóricas. De modo geral, os grupos têm caráter informativo-terapêutico, valorizam o conhecimento e a subjetividade dos trabalhadores e visam à ressignificação do processo de adoecimento, além de legitimar o seu discurso, estimular a sua participação e autonomia em relação ao tratamento, o que propicia o autoconhecimento.

Um dos primeiros relatos de intervenção terapêutica grupal com trabalhadores portadores de LER/DORT desenvolvida em serviços públicos de Saúde do Trabalhador foi produzido por Sato et al. (1993). O artigo apresenta os resultados encontrados sobre a dimensão psicossocial e o sofrimento vivido pelos trabalhadores, este associado à culpa e à revolta em relação ao adoecimento, à impossibilidade de realizar as atividades anteriores e à incerteza da melhora. Concluiu-se que tal abordagem propiciou a construção de estratégias individuais e coletivas visando a melhor qualidade de vida, o que contribui para a adoção de uma postura ativa.

Lima e Oliveira (1995) abordam a temática da ideologia da culpabilização e os grupos de qualidade de vida tecendo uma crítica às explicações reducionistas adotadas pela Psicologia, ao focar o indivíduo como objeto exclusivo da investigação. Os autores enfatizam a importância do trabalho grupal como espaço de reflexão, ao instrumentalizar os indivíduos para o enfrentamento das situações vividas.

A implementação das oficinas terapêutico-pedagógicas para portadores de LER/DORT (CHIESA et al. 2002) exemplifica um modelo de atenção psicoterapêutica desenvolvida no serviço público. Neste, consideram-se as características do processo de adoecimento e a superação da problemática a partir do resgate e da articulação das experiências de vida em um determinado contexto social.

Com ênfase na busca coletiva de soluções de tarefas, Hoefel et al. (2004) propuseram a formação dos grupos de ação solidária que estimulam o desenvolvimento da criatividade e a construção de formas de apoio social e laços solidários, o que desencadeia novas posturas frente às situações do adoecimento. A partir de uma “situação problema”, realiza-se uma análise coletiva em busca de alternativas para uma intervenção e para o resgate da cidadania.

Esse breve relato de atividades terapêuticas teve o intuito de ilustrar a dimensão psicológica e a compreensão do sofrimento psíquico relacionadas ao processo de adoecimento decorrente do trabalho. As atividades descritas têm sido desenvolvidas em diversos serviços de atenções primária, secundária e até mesmo terciária do SUS, mas ainda são os CERESTs que as realizam com um caráter sistemático, seja na atenção direta aos usuários, seja no apoio técnico a outras unidades (GARBIN, 2003; BERNARDO, 2003; ALVARENGA; SILVA, 2003; MERLO et al., 2001).

As perspectivas de atenção, tratamento e reabilitação na área da Saúde do Trabalhador incluem abordagens mais amplas do que a reabilitação para o trabalho, o que possibilita um viver criativo apesar da presença da doença. Trata-se, portanto, de uma reabilitação para uma nova inserção social. Nesse sentido, trabalha-se com a perspectiva de instrumentalizar os indivíduos para ações individuais e coletivas, buscando melhorar a qualidade de vida e ampliar a participação na sociedade, o que gera um pensamento crítico sobre a realidade, possibilita a transformação de relações de poder e aumenta a capacidade de os indivíduos sentirem-se ativos nos processos que determinam suas vidas.

Convém ressaltar que diferentes condições de trabalho, a falta de trabalho ou mesmo a ameaça de perda do emprego podem provocar sofrimento mental. Os acidentes, doenças do trabalho e o desemprego podem afetar a saúde mental, levando aos chamados transtornos mentais e do comportamento, a quadros psicopatológicos específicos e a alterações no sistema nervoso (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Análise dos processos de trabalho e vigilância

As ações de vigilância em Saúde do Trabalhador incluem a identificação, o controle e a eliminação dos riscos nos locais de trabalho. Partindo de dados epidemiológicos, de informações fornecidas pelos trabalhadores atendidos nas unidades de saúde e/ou pelos sindicatos, além da bibliografia especializada, definem-se as prioridades de atuação. O objetivo é identificar os riscos à saúde nos contextos de trabalho e indicar modificações, visando à prevenção primária. O processo de vigilância pode ser desencadeado por um evento sentinela, ou seja, a ocorrência de doença, invalidez ou mortes evitáveis. A partir do conhecimento de cada um dos eventos, ocorrerá uma investigação para determinar como eventos similares podem ser prevenidos no futuro.

Um dos pressupostos que orienta a prática em vigilância é o diálogo entre a vivência e a experiência cotidiana dos trabalhadores e o conhecimento técnico-científico. É preciso ater-se cuidadosamente acerca desse ponto, pois, durante as avaliações, o local de trabalho costuma ser apresentado pela empresa de modo a aparentar menos danos à saúde: máquinas perigosas são desligadas, o ritmo de trabalho é diminuído, etc. A situação real, nesses casos, fica praticamente inacessível. Além do mais, apenas com a participação dos trabalhadores poder-se-á garantir a implementação das mudanças sugeridas a partir dessas avaliações, já que, quando eles participam da elaboração de propostas, tornam-se seus “fiscais” permanentes.

É principalmente enquanto pesquisador social que a(o) psicóloga(o) participa da equipe interdisciplinar de vigilância, atuando como agente de investigação crítico quanto à dimensão subjetiva nos ambientes de trabalho, sensível às formas particulares como os trabalhadores veem os riscos do trabalho, os modos como eles lidam com estes e como se organizam em cada micro-universo (SATO, 1996; BERNARDO, 2002; SATO, LACAZ; BERNARDO, 2006).

As ações de vigilância apresentam-se como modalidades diferenciadas de atuação para a(o) psicóloga(o) e os aspectos relacionados à organização do trabalho representam desafios de inves-

tigação e modificação do trabalho, pois ameaçam os interesses do capital (BERNARDO, 2009). Os fatores relacionados ao tempo, ritmo, turnos, sobrecarga de trabalho, pressão por resultados, excesso de horas extras, horários irregulares e práticas de assédio moral são aspectos da organização do trabalho que merecem atenção, pois podem gerar efeitos deletérios sobre a saúde mental dos trabalhadores e repercutir na qualidade da vida familiar e social do trabalhador.

Assim, ao se inserirem nas equipes interdisciplinares que realizam as ações de vigilância, as(os) psicólogas(os) podem colaborar para a apreensão de informações relacionadas ao modo como o trabalho está organizado e suas consequências para a saúde da população trabalhadora. Busca-se a descrição dos fenômenos e das relações no trabalho para a compreensão dos sentidos, processos, hábitos e representações construídos naquele espaço. Trata-se, portanto, de identificar a experiência subjetiva com o desafio de responder como se dá o trabalho real. A premissa básica nessa área de atuação considera que o trabalhador detém o conhecimento sobre o universo do trabalho, porém tal conhecimento nem sempre se apresenta pronto e acabado, sendo expresso em estratégias de enfrentamento das situações cotidianas e de soluções para os problemas identificados.

Pode ser utilizada metodologia quantitativa e/ou qualitativa, por meio de questionários, entrevistas, observações e grupos focais, dentre outros, sempre considerando as questões éticas envolvidas: anonimato, consentimento e participação voluntária (FACCHINI, 1997).

Educação em saúde e fortalecimento do coletivo de trabalhadores

Como atividades de educação em saúde pode-se destacar o desenvolvimento de cursos, seminários e estágios para técnicos, gestores e trabalhadores, com a finalidade de capacitar técnicos integrantes das instâncias de controle social e trabalhadores em geral,

além de servir de modelo para as instâncias municipais e regionais do SUS. Refere-se, ainda, à produção de conhecimento, ou seja, à publicação de manuais, elaboração de artigos, organização de livros, apostilas e audiovisuais técnicos.

A(O) psicóloga(o), assim como os demais profissionais, pode contribuir para a identificação de problemas de saúde e de outras questões relacionadas ao trabalho que necessitam ser investigadas ou estudadas, de modo a produzir conhecimento especializado, divulgar os dados, estabelecer cooperação técnica e subsidiar a formulação e a implementação de políticas na área.

No âmbito da educação permanente dos profissionais, incluída a atualização técnico-científica, a(o) psicóloga(o) pode atuar na formação e gestão do trabalho em saúde, estimulando as discussões relativas às mudanças nas relações e nos processos de trabalho e o trabalho em equipe.

Mas, além dessas dimensões, outro importante papel da(o) psicóloga(o) é o de promover o fortalecimento dos trabalhadores e trabalhadoras, contribuindo para elucidar e superar os mecanismos que sustentam a postura fatalista comum entre os oprimidos (Martin-Baró, 1986). Assumindo o papel de agente de transformação social, é fundamental que a(o) psicóloga(o) atue junto com outros agentes sociais no desvelamento da dominação simbólica (BOURDIEU, 2012) que permeia o mundo do trabalho.

Para tal, deve realizar atividades que possibilitem que os trabalhadores tomem consciência das características e os interesses presentes nas relações de trabalho, que não são naturais, mas estabelecidas socialmente em um contexto desigual. Podem ser promovidas ações diversas, como eventos voltados para a discussão de problemáticas relacionadas ao trabalho, grupos com trabalhadores nos serviços de saúde ou em espaços sociais de modo a favorecer “a formação de coletivos para atuação organizada em direção a mudanças nos contextos de trabalho” (BERNARDO, PEREIRA, 2017, p. 151). Esse tipo de atuação torna-se especialmente importante no contexto da redução e perda de direitos dos trabalhadores.

O estabelecimento do nexo causal: um grande desafio que se apresenta à(ao) psicóloga(o) no campo da Saúde do Trabalhador

Um grande desafio que se apresenta à(ao) psicóloga(o) nesse campo consiste no estabelecimento da relação entre os transtornos mentais e os aspectos da organização do trabalho que, no âmbito jurídico e previdenciário, costuma ser denominado “nexo causal”. Embora tal questão não esteja ainda resolvida, para uma análise da categoria trabalho como favorecedor do desenvolvimento de sofrimento e adoecimento mental, conta-se com o seguinte modelo, proposto pelo Ministério da Saúde, em 2001:⁴

- I. *O trabalho pode ser causa necessária para o adoecimento — a exposição a substâncias tóxicas — metais pesados: mercúrio, chumbo, manganês — pode comprometer funções cognitivas e levar ao quadro de transtorno orgânico de personalidade; a exposição a um evento ou situação estressante de natureza excepcionalmente ameaçadora – vítimas de assaltos, por exemplo, — pode desencadear o quadro de estresse pós-traumático. Esse grupo abrange os diagnós-*

4 Quanto ao reconhecimento da importância do Manual de Procedimentos na Saúde do Trabalhador no cenário da Política Nacional de Saúde, deve-se fazer a seguinte ressalva: o quadro classificatório ali adotado, seguindo a classificação de Schilling (1984, BRASIL/MS, 2001), ao utilizar os termos genéricos “distúrbios mentais” e “doenças mentais” como exemplos do Grupo III (do trabalho como desencadeador de um distúrbio latente ou de doença pré-estabelecida) pode reforçar uma compreensão positivista e essencialista dos transtornos mentais, desconsiderando a variedade dos contextos de produção e a diversidade de condições específicas. Tal compreensão, que está associada a uma psicopatologia mais tradicional e contra a qual o profissional de Psicologia deve estar de sobreaviso, seria uma incoerência dentro do próprio Manual de Procedimentos, que, ao longo das páginas seguintes, traz vários exemplos de distúrbios mentais e comportamentais entre os grupos I e II, afirmando, por exemplo, que “o diagnóstico de transtorno orgânico de personalidade, excluídas outras causas não-ocupacionais, pode ser enquadrado no Grupo I da classificação de Schilling, em que o trabalho desempenha o papel de causa necessária”. (BRASIL, 2001, p. 171).

ticos de demência, delírio, não sobreposto a demência, transtorno cognitivo leve, transtorno orgânico de personalidade, transtorno mental orgânico, episódios depressivos, síndrome de fadiga e transtorno do ciclo vigília-sono.

Os vários recursos de avaliação psicológica podem ser úteis na identificação de alterações permanentes de funções como memória, atenção concentrada e outras, advindas de transtornos orgânicos, que auxiliam o trabalhador a compreender a sua real condição e, em consequência, a defender os seus direitos.

- II. *O trabalho pode ser fator contributivo, mas não necessário* – a vivência de esgotamento profissional em um contexto de estresse laboral prolongado, com ritmo de trabalho penoso e ambientes que passam por transformações organizacionais, pode levar à exaustão emocional e desencadear a síndrome de Bournout (esgotamento profissional) ou a neurose profissional, nas quais o trabalho pode ser considerado um dos aspectos associados à etiologia da doença.
- III. *O trabalho como provocador de um distúrbio psíquico latente ou agravador de doença já estabelecida* – o trabalho em condições degradantes, atividades que coloquem a vida do trabalhador em risco, jornadas extensas e/ou em turnos alternados ou noturnos, dentre outros, podem se tornar importantes aspectos psicossociais que levam ao desencadeamento de distúrbios psíquicos latentes ou ao agravamento de doenças já existentes, tais como a síndrome de dependência do álcool.

Esses casos exigem especial atenção da(o) psicóloga(o) para não atribuir o problema de saúde apresentado pelo trabalhador unicamente a características individuais. Conforme mostra Seligmann-Silva (2011), além do diagnóstico, o olhar para o contexto no qual o trabalho ocorre é fundamental.

Pode-se dizer que, de um modo geral, o estabelecimento da relação causal entre doença e trabalho pode ser definido de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p. 31): “natureza da exposição, história ocupacional, grau ou intensidade da exposição, tempo de exposição, tempo de latência, evidências epidemiológicas e tipo de relação causal com o trabalho”.

Entretanto, de acordo com Jardim e Glina (2000), reforçamos que a investigação diagnóstica em saúde mental e trabalho deve combinar diferentes técnicas como, por exemplo, entrevistas e testes psicológicos. No processo de investigação diagnóstica, deve-se sempre perguntar sobre o trabalho, realizar uma anamnese ocupacional, levantar aspectos da organização do trabalho, identificar as exigências físicas e mentais, inquirir sobre a percepção do trabalhador a respeito da sua atividade e observar o posto de trabalho, as condições ambientais e o processo de trabalho. Nota-se, assim, que o nexo entre saúde/doença mental exige olhar e atuação interdisciplinar, na qual a(o) psicóloga(o) tem papel de destaque.

Ainda, conforme afirma Jacques (2007), deve-se lembrar que, “mesmo admitindo o reducionismo que a relação causal produz em se tratando de quadros psicopatológicos, a exigência legal a impõe para o reconhecimento de doenças relacionadas ao trabalho” (p. 112), possibilitando, assim, que o trabalhador possa ter acesso às “garantias previstas pela legislação, tanto de caráter econômico como sua estabilidade por um ano quando do retorno ao trabalho” (p. 117). A autora também ressalta que a ênfase na Psicopatologia pode encobrir o contexto em que se dá a relação entre o trabalhador e seu trabalho. Desse modo, é importante que, ao buscar estabelecer nexo entre trabalho e saúde/doença mental, sejam considerados o contexto laboral, a subjetividade do trabalhador e, principalmente, a relação entre esses dois aspectos.

No que tange o cuidado em saúde mental, é importante salientar aqui que no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, principalmente nos CAPS I, II ou III e nos CAPS AD (álcool e drogas) está preconizado na formulação da estratégia de cuidado individualizada para cada usuário a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS). O pressuposto é que cada usuário desses serviços representa uma singularidade que, necessariamente, deve ser compreendida em todos os seus aspectos pela equipe de cuidado, de forma a implementar uma intervenção terapêutica o mais próxima possível da realidade do processo de vida daquela pessoa, isto é, na base real daquilo que estaria nas raízes do seu sofrimento ou adoecimento psíquico. Todavia, nem sempre a vivência de trabalho do usuário é considerada no PTS. Nesse sentido, a(o) psicóloga(o) pode e deve

desempenhar um papel decisivo na incorporação como aspecto que pode ser patogênico na elaboração do PTS.

O estabelecimento de nexos causais ganhou um novo contorno ao entrarem em vigor a Lei n.º 11.430, de 26 de dezembro de 2006, o Decreto n.º 6042, de 12 de fevereiro de 2007, e a Instrução Normativa n.º 16, do INSS, de 27 de março de 2007 (IN 16) pois, a partir desse momento, o reconhecimento das doenças relacionadas ao trabalho passou a ser identificado, pelo INSS, mediante o estabelecimento de “nexo técnico epidemiológico” ligado à atividade profissional exercida. Ou seja, quando um trabalhador for afastado do trabalho por uma determinada doença que tenha significância estatística no ramo econômico a que pertence o seu empregador, seu benefício será definido automaticamente pelo INSS como acidente de trabalho. Assim, quando os dados epidemiológicos indicarem que, em determinado ramo produtivo, há uma alta incidência de incapacidade laborativa decorrente de um mesmo problema de saúde, não caberá mais ao trabalhador inserido em uma empresa desse ramo a responsabilidade de comprovar que seu adoecimento — seja físico ou mental — foi causado pela atividade que desempenhava. Ao contrário, caberá ao empregador o encargo de provar que tal nexo não existe.

Para finalizar este tópico, é importante ressaltar que o nexo entre adoecimento/sofrimento psíquico e trabalho é uma atividade importante na assistência aos trabalhadores que, de alguma forma, já tiveram sua saúde afetada pelo trabalho. No entanto, é importante lembrar que a identificação de tais situações na atividade clínica da(o) psicóloga(o) deve ser vista também como um alerta para o desencadeamento de ações preventivas (especialmente a vigilância em saúde, discutida no item 2.4) no sentido de evitar que outros trabalhadores permaneçam expostos às mesmas condições.

Sobre o uso do álcool nos contextos de trabalho

Apesar da existência de antigos registros a respeito do uso do álcool em contextos de trabalho, as produções científicas em torno de suas possíveis relações com as atividades ali desenvolvidas são ainda

incipientes. As pesquisas em torno do tema necessitam avançar, em especial, no sentido de apreender mais concretamente como se dá a passagem entre o exercício de uma dada atividade profissional e o desenvolvimento de um quadro de alcoolismo. A pergunta central a ser respondida poderia ser assim resumida: por meio de quais mediações tornar-se-ia possível compreender a necessidade progressiva de recorrer ao álcool, relatada por um grande número de indivíduos, pertencentes ao mesmo contexto de trabalho?

Existem estudos que revelam a presença importante de certas substâncias psicoativas em categorias profissionais específicas (SELIGMANN-SILVA, 1986, 1994, 2003; VAISSMAN, 2004; LIMA, M. E. A.; LEAL, R. M. A. C., 2015), sendo que alguns deles tratam de uma dimensão essencial do problema: a singularidade presente em todo processo de adoecimento. Ou seja, além dos determinantes sociais e históricos inegavelmente presentes nesse processo – e já explicitados pela Sociologia e pela Epidemiologia Social –, existem dimensões singulares que devem ser consideradas por meio de pesquisas realizadas, sobretudo, no âmbito da Psicologia. Pois, é somente por meio dessa visão multidimensional do problema que se torna possível apreender os mecanismos de individuação da doença, isto é, a forma pela qual as dimensões sociais e as determinações mais gerais se manifestam no indivíduo.

Mas é importante ressaltar que a simples constatação de uma maior incidência de quadros de alcoolismo ou de outras formas de dependência química em certas categorias profissionais já representa um passo importante em direção à melhor compreensão desse fenômeno. Como dizia Le Guillant (1985/2006), um dos fundadores do campo da Psicopatologia do Trabalho na França, “[...] se um estudo comparativo revela um índice de morbidade (ou de formas particulares de afecções, por exemplo, distúrbios mentais) mais elevado” entre indivíduos pertencendo à mesma categoria profissional, “a ideia do caráter nocivo de sua profissão estará seriamente confirmada”.

Paul Sivadon (1952/1993), psiquiatra francês, contemporâneo de Louis Le Guillant (1985/2006), tratou mais diretamente do problema ao expor as etapas de desenvolvimento da fadiga nervosa (ou neurastenia) entre os trabalhadores de sua época, referindo-se ao

uso do álcool como “um paliativo para suas dificuldades”. Segundo ele, o álcool é “antes de tudo um anestésico” que, “mesmo em doses pequenas, suprime as inibições defensivas”. E acrescentou que, “em muitos casos, o único sinal aparente da instalação de uma intolerância às condições de trabalho é o surgimento de tolerância crescente às bebidas alcoólicas [...]” (p. 179).

Essa questão foi retomada posteriormente por outros pesquisadores franceses que, ora percebiam o uso do álcool, nesse contexto, como uma saída individual para os problemas decorrentes do trabalho (DEJOURS, 1987), ora como uma manifestação sociocultural, de caráter coletivo, caracterizando momentos de repouso e de trocas de experiências, ora como um consumo individualizado e nocivo (CASTELAIN, 1989). Estes últimos estudos revelaram a forte influência da organização do trabalho e das formas de cooperação ali presentes, na compreensão do alcoolismo. Ou seja, as mudanças impostas ao modo de trabalhar podem afetar a relação de indivíduo com o álcool e as consequências do seu consumo, sendo que ele pode passar de “um consumo codificado”, que serve de “suporte para o pertencimento a uma comunidade de homens no trabalho”, para um uso individualizado e nocivo (CASTELAIN, 1989).

No Brasil, as primeiras publicações relevantes sobre o tema vieram de Seligmann-Silva (1986, 1994, 2003), ou seja, desde meados dos anos 1980 a autora já apontava o alcoolismo como uma das formas de expressão do sofrimento dos trabalhadores. Além disso, ao descrever as “manifestações típicas da fadiga”, abordou uma possível “evolução do desânimo para uma sensação cada vez maior de tristeza, de esvaziamento existencial culminando em depressões graves”, podendo também ocorrer “reações psicóticas, ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, reações ansiosas de caráter agudo [...], em suas conexões ao trabalho e às aspirações frustradas” (SELIGMANN-SILVA, 1994). A autora concluiu que algumas profissões socialmente desprestigiadas ou aquelas que envolvem atividades e materiais considerados desagradáveis ou repugnantes são potencialmente mais favoráveis ao surgimento do alcoolismo. Além disso, a impossibilidade de progressão na carreira ou a pequena expectativa de qualificação no futuro, seriam também elementos de risco para esse problema. Em suma, a autora aponta que o álcool pode ser um recurso compensatório às

frustrações do trabalho ou à falta de prazeres disponíveis, podendo igualmente representar uma tentativa de “anestesiando o sofrimento psíquico”, vivenciado em situações de trabalho que envolvem riscos, pressões da hierarquia, exigências excessivas de responsabilidade e/ou atenção, situações constrangedoras ou causadoras de ansiedade. Esse efeito anestésico geralmente corresponde a uma forma de evitar a tomada de consciência, sendo uma estratégia eficiente de fuga, ao permitir que o sujeito mantenha à distância uma realidade penosa. E conclui, em consonância com as pesquisas francesas, que a fadiga e a tensão se retroalimentam, sendo o recurso ao álcool uma das formas de amenizar o problema (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Vaissman (2004) também tratou dessa questão, identificando aspectos no ambiente de trabalho que contribuiriam para aumentar o risco do alcoolismo: a pressão social para beber, a própria disponibilidade do álcool e as situações de tensão, estresse ou perigo. A autora apontou ainda alguns sinais de alerta para identificar os problemas advindos do uso de drogas dentro das empresas: absenteísmo, ausências durante o trabalho, aumento nas taxas de acidentes, diminuição regular da produtividade pela manhã ou à tarde e, por fim, mudança nos hábitos pessoais (VAISSMAN, 2004).

Mas no contexto brasileiro, talvez o fato mais importante em torno dessa questão foi a inclusão do “alcoolismo crônico” na lista das doenças relacionadas ao trabalho, elaborada pelo Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, publicada na forma de um manual, em 2001. Nesse manual, o trabalho é posto como um dos fatores psicossociais de risco para os transtornos mentais e do comportamento, inclusive o alcoolismo crônico, assim descrito:

[...] um modo crônico e continuado de usar bebidas alcoólicas, caracterizado pelo descontrole periódico da ingestão ou por um padrão de consumo de álcool com episódios frequentes de intoxicação e preocupação com o álcool e o seu uso, apesar das consequências adversas desse comportamento para a vida e a saúde do usuário (BRASIL, 2001, p. 175).

O consumo coletivo do álcool é posto nesse manual como um comportamento que pode ser associado a certas situações de trabalho, podendo “ser decorrente de prática defensiva, como meio de garantir a inclusão no grupo”; ou “uma forma de viabilizar o próprio trabalho, em decorrência dos efeitos farmacológicos próprios dessa substância: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, anestésico e antisséptico” (BRASIL, 2001, p. 175). Ele informa também que esse reconhecimento da relação entre trabalho e alcoolismo foi corroborado por evidências epidemiológicas que indicaram:

Uma frequência maior de casos (individuais) de *alcoolismo* [...] em determinadas ocupações, especialmente aquelas que se caracterizam por ser socialmente desprestigiadas e mesmo determinantes de certa rejeição, como as que implicam contato com cadáveres, lixo ou dejetos em geral, apreensão e sacrifício de cães; atividades em que a tensão é constante e elevada, como nas situações de trabalho perigoso (transportes coletivos, estabelecimentos bancários, construção civil), de grande densidade de atividade mental (repartições públicas, estabelecimentos bancários e comerciais), de trabalho monótono, que gera tédio, trabalhos em que a pessoa trabalha em isolamento do convívio humano (vigias); situações de trabalho que envolvem afastamento prolongado do lar (viagens frequentes, plataformas marítimas, zonas de mineração). (BRASIL, 2001, p. 175).

O referido manual também indica que:

[...] havendo evidências epidemiológicas de excesso de prevalência de *alcoolismo crônico* em determinados grupos ocupacionais, essa ocorrência poderá ser classificada como doença re-

lacionada ao trabalho do Grupo II de Classificação de Schilling [...].⁵ Trata-se, portanto, de um nexu epidemiológico, de natureza probabilística, principalmente quando as informações sobre as condições de trabalho forem consistentes com as evidências epidemiológicas disponíveis (BRASIL, 2001, p. 176).

Finalmente, propõe que “em casos particulares de trabalhadores previamente alcoolistas”, as circunstâncias descritas “poderiam eventualmente desencadear, agravar ou contribuir para a recidiva da doença, o que levaria a enquadrá-la no Grupo III da Classificação de Schilling.” (p. 176).

Nesse sentido, a explicitação de índices elevados de alcoolismo entre indivíduos pertencentes às mesmas categorias profissionais não apenas sugere a presença de elementos nocivos à saúde desses indivíduos no exercício de suas atividades, como permite antever a possibilidade de propor medidas preventivas adequadas.

Para finalizar esse tópico, é importante destacar que a possibilidade de relação entre o uso de álcool e o trabalho deve ser foco de atenção dos profissionais de saúde, especialmente de psicólogas(os), não apenas nos serviços específicos de saúde do trabalhador ou de atenção a usuários de álcool e outras drogas, mas em toda rede de saúde.

5 A classificação proposta por Schilling consiste em três grupos: Grupo I, doenças em que o trabalho é causa necessária; Grupo II, em que o trabalho pode ser fator de risco, contributivo, mas não necessário, sendo o nexu causal de natureza eminentemente epidemiológica; Grupo III, em que o trabalho provoca um distúrbio latente ou agrava uma doença já estabelecida ou pré-existente (concausa).

DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao tratar da dimensão ético-política da atuação da/o psicóloga/o, qualquer que seja sua área de atuação, é conveniente começar marcando a distinção entre ética e moral.

Os termos “ética” e “moral” possuem origens etimológicas distintas. A palavra “ética” vem do Grego “*ethos*” que significa “modo de ser” ou “caráter”. Já a palavra “moral” tem origem no termo latino “*morales*” que significa “relativo aos costumes”.

No contexto filosófico, ética e moral possuem diferentes significados. A ética está associada ao estudo fundamentado dos valores morais que orientam o comportamento humano em sociedade, enquanto que a moral são os costumes, regras, tabus e convenções estabelecidas por cada sociedade.

Neste sentido, se a ética diz mais respeito ao nível individual, enquanto a moral refere-se ao nível coletivo, podemos inferir que os Códigos de Ética situam-se mais propriamente na ordem da moral que da ética. Além disso, códigos de ética, já que definem linhas de ação consideradas adequadas para um coletivo, são construções históricas, e, como tal, resultado de embates políticos e ideológicos que permeiam qualquer grupo social.

Contudo, discutir a dimensão ética da prática profissional vai além de seguir ou não o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CEP), até porque é impossível desconectar a ação da(o) psicóloga(o), de qualquer subárea que seja, das determinações históricas mais amplas que estabelecem o contexto de sua prática.

Mello (1975) sugere ao profissional a conveniência de manter um elevado padrão técnico e científico nos serviços prestados, a

fim de garantir o prestígio e o valor social da profissão. Percebe-se, assim, a responsabilidade e importância de cada psicóloga(o) em adotar ações que favoreçam a criação de um mundo social propiciador de práticas e relações no trabalho eticamente saudáveis.

Se o comportamento individual é contextual, ou seja, é afetado por forças coletivas embutidas nas redes em que o indivíduo está inserido, torna-se relevante discutir questões éticas para compreender os desafios impostos à ética das ações de cada profissional (BORGES & MOURÃO, 2013).

Porém, há que se considerar também, a existência de contextos de trabalho que, em níveis diferentes, submetem o compromisso social, ético e/ou político, aos interesses do lucro, seja ignorando-os, seja considerando-os apenas à medida que produzem algum tipo de retorno.

Pena e Gomez (2004) comparam, com base em categorias elaboradas teoricamente, contextos laborais normais e éticos e tipos fronteirços de contextos laborais antiéticos e maquiados, como ponto de partida para refletir sobre as condições, os desafios e os riscos no desenvolvimento da ética no ambiente corporativo, seja ele público, privado ou de economia mista.

Posto isto, é possível e necessário refletir sobre as possibilidades de inserção da(o) psicóloga(o) em contextos distintos, que combinem ações dos indivíduos com as ações da organização, de modo a minimizar os efeitos deletérios na saúde do trabalhador especialmente quando submetido a situações conflitantes oriundas de um contexto antiético.

Percebe-se assim, que a dimensão política da ação da(o) psicóloga(o) em sua prática profissional não está determinada somente pela subárea ou pelo local em que trabalha.

O dilema ético clássico que se institui, diz respeito ao conflito entre o que é coletivamente estabelecido e uma linha de ação, geralmente diversa, que o indivíduo deseja ou necessita seguir (BORGES & MOURÃO, 2013).

De acordo com Borges & Mourão (2013), a(o) psicóloga(o), que no cotidiano lida com a saúde do(a) trabalhador(a), pode en-

contrar um ponto intermediário que garanta melhores condições de trabalho, estendendo os limites negativos para a acumulação do capital até níveis negociáveis.

Assim, o compromisso ético e social das(os) psicólogas(os) no exercício de suas funções é um imperativo que lhe é imposto, independente de sua área de atuação e do contexto em que está inserido.

Quando nos referimos a empresas ou instituições que compõem o mundo do trabalho e das organizações (públicas, privadas e/ou mistas), devemos somar a estas questões já colocadas, o conjunto das relações construídas com os colegas de jornada de trabalho ou com aqueles a quem o profissional presta serviços.

Temos assim, uma realidade social complexa, multifacetada, repleta de conflitos e contradições que se manifestam por meio de desigualdades e processos de exclusão e que caracteriza de forma peculiar este campo de atuação profissional da(o) psicóloga(o) que se dedica à saúde do(a) trabalhador(a).

Cabe lembrar que, dentre os critérios definidores de compromisso social enumerados por Borges & Mourão (2013), encontra-se o critério de direção política. Este critério busca suprimir as desigualdades, sendo a(o) psicóloga(o) a(o) agente de transformação que poderá contribuir para a adoção de uma perspectiva de transformação e supressão dessas desigualdades, através da adoção de uma lógica de ruptura, criando ações transformadoras que ajudem as pessoas e os grupos a se tornarem agentes ativos em um processo de mudança bem maior.

Ainda em conformidade com as autoras supracitadas, alguns riscos atrelados a essa dimensão são apontados, a saber:

Com o foco em determinado segmento e na causa de transformação social, a/o psicóloga/o pode ser ameaçada/o de perder sua identidade profissional e construir uma psicologia classista e voluntarista, descolada dos conhecimentos teóricos e dos aspectos técnicos de sua prática (BORGES & MOURÃO, 2013).

Sob a perspectiva do processo de mudança, necessário para alterar o *status quo*, Bock (1999) fala sobre a imposição de uma necessidade de mudança sem um diagnóstico prévio do que é realmente imprescindível mudar e de quais os limites extrínsecos estabelecidos pelo contexto em que ocorrem essas práticas. Este tipo de mudança provoca uma diversificação efetiva dos contextos de atuação desacompanhada das alterações nas práticas clássicas, necessárias para que se assegure uma atuação ética e politicamente adequada. Este processo certamente impactará de forma indelével a saúde do trabalhador. Uma atuação baseada somente em práticas tradicionais da profissão ameaça a qualidade do serviço prestado e pode contribuir para a desqualificação do trabalho realizado (YAMAMOTO, 2007).

Segundo Yamamoto (2007), é preciso cuidado para manter as críticas às práticas convencionais da Psicologia aplicadas aos novos contextos laborais. É necessário buscar um ponto de equilíbrio entre os limites estruturais e o poder de agência dos profissionais. O autor afirma a importância do papel intelectual da(o) psicóloga(o) em uma sociedade contraditória e conclui que:

[...] o desafio posto para a categoria é ampliar os limites da dimensão política de sua ação profissional, tanto pelo alinhamento com os setores progressistas da sociedade civil, fundamental na correlação de forças da qual resultam eventuais avanços no campo das políticas sociais, quanto pelo desenvolvimento, no campo acadêmico, de outras possibilidades teórico-técnicas, inspiradas em outras vertentes teórico-metodológicas que as hegemônicas da Psicologia. (YAMAMOTO, 2007).

Os limites da dimensão política da ação profissional podem provocar avanços no campo das políticas que permeiam o mundo do trabalho. Ressalta-se que a mudança de foco de trabalho dos pesquisadores e profissionais — de uma perspectiva mais técnica e restrita para uma perspectiva mais ampla e coletiva — já foi apontada por Zanelli e Bastos (2004). Segundo os autores, as dinâmicas so-

ciais, políticas, científicas e tecnológicas, que marcam o mundo do trabalho, contribuíram para esta diversificação nas atividades tanto dos pesquisadores quanto dos profissionais.

Os impactos do trabalho na vida social dos trabalhadores tornam-se o foco de estudo e, aspectos de saúde, bem-estar, estresse, equipes, desenhos de trabalho, carreiras, desemprego, assim como novas formas organizativas, ganharam espaço na agenda. Abordagens, métodos, procedimentos e instrumentos, também mudaram ao longo do tempo e foram objeto de estudos e pesquisas (ZANELLI E BASTOS, 2004).

A adoção das novas tecnologias e métodos gerenciais nos processos de trabalho também contribuem para modificar o perfil de saúde, adoecimento e sofrimento dos trabalhadores.

Sob este prisma Zanelli e Bastos (2004) enumeram quatro vetores de transformação, que caracterizam a forma atual como a Psicologia Organizacional e do Trabalho estuda e lida com as questões que lhe são colocadas pela sociedade, quais sejam: 1) Renovação de práticas clássicas; 2) Emergência de novas práticas ampliando o foco das ações; 3) Ampliação do *locus* de inserção, diversificando os níveis e os contextos organizacionais; 4) Ruptura do muro das organizações.

O imperativo de responsabilidade ética, social e, também, ecológica, conduz a alterações nos valores éticos e nas políticas gerais das empresas (BORGES; MOURÃO, 2013), haja vista que nenhuma(m) psicóloga(o) atua em um vácuo social, no qual relações assimétricas de poder estejam ausentes.

Dada a importância do assunto e com o objetivo de garantir que o trabalho, base da organização social e direito humano fundamental, seja realizado em condições que contribuam para a melhoria da qualidade de vida, a realização pessoal e social dos trabalhadores e sem prejuízo para sua saúde, integridade física e mental, foi instituída pelo Decreto n.º 7.602 de 11 de novembro de 2011, a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST).

A PNSST tem por objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador, além da prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos, relacionados ao trabalho ou que

ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes laborais.

Ainda, a PNSST tem por princípios: a) universalidade; b) prevenção; c) precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação; d) diálogo social; e e) integralidade.

As diretrizes estabelecidas pela PNSST, são: a) inclusão de todos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde; b) harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador; c) adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco; d) estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador; e) promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho; f) reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores; e g) promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho.

Em 1998, a Conferência Internacional do Trabalho aprovou a Declaração dos Princípios e Direitos Fundamentais no Trabalho. A Declaração estabelece quatro princípios fundamentais a que todos os membros da Organização Internacional do Trabalho (OIT) estão sujeitos: a) liberdade sindical e reconhecimento efetivo do direito de negociação coletiva; b) eliminação de todas as formas de trabalho forçado; c) abolição efetiva do trabalho infantil; d) eliminação de todas as formas de discriminação no emprego ou na ocupação.

Em 1999, a OIT formalizou o conceito de Trabalho Decente, sendo considerado condição fundamental para a superação da pobreza, a redução das desigualdades sociais, a garantia da governabilidade democrática e o desenvolvimento sustentável. É também ponto de convergência dos quatro objetivos estratégicos da Organização: o respeito aos direitos no trabalho, a promoção do emprego produtivo e de qualidade, a extensão da proteção social e o fortalecimento do diálogo social.

A OIT tem mantido representação no Brasil desde a década de 1950, com programas e atividades que refletem os objetivos da Organização ao longo de sua história.

Além da promoção permanente das Normas Internacionais do Trabalho, do emprego, da melhoria das condições de trabalho e da ampliação da proteção social, a atuação da OIT no país tem se caracterizado, no período recente, pelo apoio ao esforço nacional de promoção do trabalho decente em áreas tão importantes como: a) combate ao trabalho forçado; b) combate ao trabalho infantil; c) combate ao tráfico de pessoas para fins de exploração sexual e comercial; d) promoção da igualdade de oportunidades e tratamento de gênero e raça no trabalho; e) promoção de trabalho decente para os jovens; f) extensão dos mecanismos de proteção social aos trabalhadores da economia informal; g) redução dos acidentes e doenças ocupacionais; h) fortalecimento dos mecanismos e processos de diálogo social, entre outras.

Numa brevíssima retrospectiva histórica, cabe lembrar que a Convenção n.º 155 da OIT, que dispõe sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho, de 22 de junho de 1981, aprovada pelo Congresso Nacional em 18 de maio de 1992 e incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro através do Decreto n.º 1.254, de 29 de setembro de 1994, estabelece o dever de cada Estado-Membro de, em consulta com as organizações mais representativas de empregadores e trabalhadores, formular, implementar e rever periodicamente uma política nacional de segurança e saúde no trabalho, com o objetivo de prevenir acidentes e doenças relacionados ao trabalho por meio da redução dos riscos à saúde existentes nos ambientes de trabalho.

Em 2006, a OIT aprova a Convenção n.º 187, sobre a Estrutura de Promoção da Segurança e Saúde no Trabalho, apontando a necessidade da promoção continuada de uma cultura preventiva e ressaltando a necessidade de um comprometimento dos Estados-Membros com uma melhoria contínua da segurança e saúde no trabalho.

Em 2007, a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou o “Plano de Ação Mundial sobre a Saúde dos Trabalhadores”, que reforça a necessidade de seus Membros formularem uma política de saúde do trabalhador, que considere o disposto nas convenções da OIT e que estabeleça mecanismos de coordenação intersetorial das atividades na área.

Em 2008, os Ministérios do Trabalho e Emprego, da Saúde e da Previdência Social voltam a destacar a necessidade de continuidade da construção de uma Política na área e instituem a Comissão Tripartite de Saúde e Segurança no Trabalho (CTSST), que, a partir de sua décima terceira reunião, passou a discutir a formulação do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho, propondo as estratégias e ações a serem desenvolvidas para cada uma das diretrizes da Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho.

Na composição tripartite e paritária da CTSST são representados os três ministérios (Trabalho e Emprego, Previdência Social e Saúde), empregadores (Confederação Nacional da Agricultura e Pecuária do Brasil, Confederação Nacional da Indústria, Confederação Nacional das Instituições Financeiras, Confederação Nacional do Comércio de Bens, Serviços e Turismo e Confederação Nacional do Transporte) e trabalhadores (Central Única dos Trabalhadores, Central Geral dos Trabalhadores do Brasil, Força Sindical, Nova Central Sindical dos Trabalhadores e União Geral dos Trabalhadores). A coordenação é efetuada pelos representantes de governo, em sistema de rodízio anual.

Tradicionalmente, no Brasil, as políticas de desenvolvimento têm se restringido aos aspectos econômicos e vêm sendo traçadas de maneira paralela ou pouco articuladas com as políticas sociais, cabendo a estas últimas arcarem com os ônus dos possíveis danos gerados sobre a saúde da população, dos trabalhadores em particular e a degradação ambiental. Para que o Estado cumpra seu papel para a garantia desses direitos, é mister a formulação e implementação de políticas e ações de governo transversais e intersetoriais, haja vista que a saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de natureza físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos presentes nos processos de trabalho particulares.

Infelizmente, o atual sistema de segurança e saúde do trabalhador ainda carece de mecanismos mais eficazes que incentivem medidas de prevenção, responsabilizem os empregadores, propiciem o efetivo reconhecimento dos direitos do segurado, diminuam a exis-

tência de conflitos institucionais, tarifem de maneira mais adequada as empresas e possibilite um melhor gerenciamento dos fatores de riscos ocupacionais e dos custos advindos dos problemas relacionados à saúde do trabalhador. Segundo Pastore (1998), para cada real gasto com o pagamento de benefícios previdenciários, a sociedade paga quatro reais, incluindo gastos com saúde, horas de trabalho perdidas, reabilitação profissional, custos administrativos etc.

Apesar da Constituição Federal (CF) de 1988 estabelecer a competência da União para cuidar da segurança e da saúde do trabalhador por meio das ações desenvolvidas pelos Ministérios do Trabalho e Emprego, da Previdência Social e da Saúde [atribuições estas, regulamentadas na Consolidação das Leis do Trabalho (Capítulo V, do Título II, Lei n.º 6.229/75), na Lei n.º 8.212/91 e 8.213/91, que dispõe sobre a organização da seguridade social e institui planos de custeio e planos de benefícios da previdência social e na Lei Orgânica da Saúde, Lei No. 8080/90], é notório que ainda há muito a ser feito neste âmbito, particularmente quando adotamos a definição de saúde do trabalhador, explícita na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal n.º 8080/90) que regulamenta os dispositivos constitucionais sobre a Saúde do Trabalhador. O artigo 6.º, parágrafo 3.º estabelece:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, 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 Mendes (1980), emergem da Medicina Preventiva as bases para enunciação da Saúde Ocupacional pela OIT/OMS, ao fazer uso de terminologias como prevenção, proteção, riscos, adaptação, visando a intervir na Saúde dos Trabalhadores. A precedência das condições de trabalho, numa visão a-histórica e descon-

textualizada das relações econômicas, político-ideológicas e sociais que influem nos nexos entre trabalho e saúde-doença, constituem a causalidade dos agravos à saúde do(a) trabalhador(a).

A proposta de políticas públicas influenciadas pelo campo Saúde do Trabalhador (juntamente com a Medicina Social Latino-Americana e a Saúde Coletiva) confere protagonismo aos serviços públicos de saúde no momento em que incorporam a atenção, integrando a assistência e a vigilância à saúde da população trabalhadora. Isso ocorre de forma programática, estabelecendo-se uma complexa rede de relações que incorpora a gestão participativa dos trabalhadores nos Programas de Saúde do Trabalhador (PST).

Saliente-se que os PST são uma tendência mundial, influenciada por organismos internacionais, que preconizam a incorporação de “ações de saúde [...] na rede de serviços de saúde pública”, conforme posição assumida pela OIT em 1985, quando propõe os Serviços de Saúde no Trabalho como política pública, com ampla participação dos trabalhadores, posição esta também defendida pela OMS.

É na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) que se consolida a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com intuito de coordenar as ações de saúde, englobando a saúde dos que trabalham. Este fato traz mudanças importantes nos rumos da política de saúde brasileira.

Se a Saúde do Trabalhador enquanto política pública surge como uma alternativa à saúde ocupacional — a qual, conforme afirma Nardi (1997), tem como foco primordial a “saúde da produção” e não a dos trabalhadores — pode-se dizer que o exercício da Psicologia na Saúde do Trabalhador no âmbito do SUS também assume características que diferem das práticas tradicionais das(os) psicólogas(os) nas empresas.

Atuando no âmbito público, as(os) profissionais da área de Saúde do Trabalhador no SUS não estão inseridos em nenhum dos pólos do conflito entre capital e trabalho. Eles são representantes do Estado e, enquanto tais, têm o dever de proteger o lado mais frágil dessa relação. Para isso, devem estar atentos às condições de qualquer tipo de atividade laboral (formal ou informal) que possa representar riscos para a saúde dos trabalhadores, independentemente

de que, para o seu equacionamento, sejam necessárias ações que se oponham aos interesses dos empregadores.

Assim, quando atua na Vigilância em Saúde do Trabalhador no SUS, a(o) psicóloga(o) deve priorizar a adequação das condições do ambiente e da organização dos processos de trabalho ao trabalhador, e não o contrário. Tais características ampliam significativamente os limites de atuação da(o) profissional, pois deve-se lembrar que a(o) psicóloga(o) contratada(o) por uma empresa está, em geral, subordinado a ela e, por isso, pode ter bastante dificuldade no enfrentamento das questões relacionadas à saúde dos trabalhadores quando seu equacionamento envolver a redução do lucro ou o aumento dos custos de seu empregador.

Conforme foi exposto no item referente às práticas da(o) psicóloga(o) na Saúde do Trabalhador, sua atuação pode ser bastante variada. Naturalmente, em todas as atividades, o Código de Ética Profissional do Psicólogo deve ser respeitado. No que se refere à Vigilância em Saúde, no entanto, essa(e) profissional também estará subordinado aos aspectos éticos relativos à atividade de “autoridade sanitária”, que lhe conferem o papel de “polícia administrativa”, com o poder de estabelecer punições — tais como multas e penalidades educativas — aos empregadores que não respeitarem a legislação de saúde. Nesse contexto, não é aconselhável aceitar presentes ou outras formas de remuneração que possam configurar crime de corrupção, nem exercer função remunerada pelas empresas situadas na região em que atua.

Outro importante aspecto que envolve a ética da atuação da(o) psicóloga(o) na área de Saúde do Trabalhador se dá no âmbito das atividades de assistência e diz respeito ao reconhecimento da relação entre o problema de saúde mental e o trabalho, especialmente quando a(o) profissional é solicitada(o) a emitir laudos e pareceres ou a depor em juízo. Nesses casos, deve seguir as determinações do Código de Ética Profissional e das resoluções do Conselho Federal de Psicologia, elaborando o seu laudo/parecer com fundamentação e qualidade técnica (Código de Ética Profissional, artigo 2.º, alínea g), levando em consideração os aspectos expostos no item anterior deste documento, respeitando o sigilo profissional e pres-

tando as informações estritamente necessárias a que teve acesso no atendimento ao trabalhador (Código de Ética, artigos. 9.º, 10 e 11). Também devem ser observadas as Resoluções do Conselho Federal de Psicologia, especialmente a n.º 06/2019, que institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional.

É importante lembrar que o olhar para as questões que envolvem a saúde do(a) trabalhador(a) deve ser incorporado pela(o) psicóloga(o) independentemente do tipo de serviço no qual esteja inserido ou de sua área de atuação. Na prática clínica, na rede básica ou em unidades de emergência na rede de CAPSs – Centro de Atenção Psicossocial – e na rede de CERESTs – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – além, é claro, da atuação nas empresas, é muito importante que, ao atender um indivíduo, a(o) profissional esteja atenta(o) à possibilidade de que suas queixas estejam relacionadas ao trabalho. Tradicionalmente, a formação da(o) psicóloga(o) não contempla a relação entre trabalho e saúde mental e o profissional acaba por negligenciá-la. Mas, ao deixar de considerar esse aspecto, a(o) psicóloga(o) corre o risco de tornar-se conivente com situações de “exploração, violência, crueldade e opressão”, o que pode configurar uma violação aos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional.

Para concluir, ainda que sem a pretensão e longe de esgotar este diálogo, nota-se que o campo Saúde do Trabalhador, como prática teórica (geração de conhecimentos) e prática político-ideológica (superação de relações de poder e conscientização dos trabalhadores), surge nos anos de 1970, simultaneamente à maturação do processo de industrialização e ao surgimento de uma classe operária industrial urbana.

Percebe-se, também, que a fragilidade atual do movimento sindical, aliada à insuficiente postura de engajamento da academia e ao desenvolvimento de políticas públicas reducionistas, constrói um quadro de retrocesso no campo da Saúde do Trabalhador que é preciso combater, a partir do resgate dos pressupostos do campo e da crítica aos reducionismos perpetrados pela Saúde Ocupacional, apesar de se observar, ainda, a hegemonia do seu discurso.

A FORMAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NO CAMPO DA SAÚDE DO TRABALHADOR

Inicialmente, deve ser ressaltada a pouca ênfase que tem sido dada à categoria trabalho no contexto geral da formação da(o) psicóloga(o) no Brasil. A relação trabalho/subjetividade ainda não foi devidamente reconhecida nesse contexto, o que representa uma séria barreira para a atuação dessa(e) profissional em todas as áreas, sobretudo no campo da Saúde do Trabalhador.

A base dessa formação deve ser a compreensão da “[...] gênese e (do) desenvolvimento da individualidade humano-societária, tendo o trabalho como categoria central e fundante do ser social” (CHASIN, 1999). Não se trata, no entanto, de propor como ponto de partida um paradigma do trabalho ou mesmo uma “ontologia do trabalho restrita à sua positividade” e nem tampouco uma “religião do trabalho”, mas sim, “o estatuto e os lineamentos de uma ontologia da sociabilidade ou do ser social, isto é, do ser autoconstituente” na qual o trabalho seja visto como uma categoria central (CLOT, 2006).

Em suma, o trabalho deve ser entendido como o “ponto de partida de toda tentativa de se compreender o homem, (pois) é ele que funda, produz e reproduz o ser social sempre como um outro” (CHASIN, 1999), ou, nos termos de Marx & Engels (1989): “O homem é o que faz e como o faz”.

A maior implicação dessas considerações para a formação da(o) psicóloga(o) é que, pela compreensão do trabalho, torna-se possível apreender, de forma efetiva, como se dá o interfluxo subjetividade/objetividade, o que nos fornece a chave para compreender os processos psicológicos humanos. Isso significa que “todo ato humano, na medida em que tem no trabalho sua protoforma, é a permanente objetivação da subjetividade no mundo real” (CHASIN, 1993). Dessa forma, o desvendamento dos processos de individua-

ção, tarefa por excelência da(o) psicóloga(o), exige “a delucidação efetiva de todos os patamares ou mediações da interatividade social” (CHASIN, 1999) e, como o grande mediador dessa interatividade é o trabalho, este deve ser necessariamente desvendado e incorporado à formação desse profissional.

Em síntese, pode-se dizer que a tarefa básica da(o) psicóloga(o) consiste em compreender como os indivíduos se constituem, em uma dada época, a partir do desvendamento das formas de interação social e das formas de produção e reprodução da existência, sendo que, para efetivar essa tarefa, deve partir dos indivíduos ativos e de sua autoprodução como resultado de sua própria atividade. Trata-se de uma perspectiva, acima de tudo, filosófica, na qual “o problema da individuação ganha legitimidade e dimensão próprias sempre em relação à realidade material, concreta, efetiva e histórica da produção dos indivíduos sociais” (ALVES, 1999).

Por isso, o ponto de partida para a formação da(o) psicóloga(o) deve ser a compreensão do modo pelo qual os indivíduos produzem e reproduzem sua existência, deixando aberta a possibilidade de se entender a produção no seu duplo sentido: produção das coisas e autoprodução dos indivíduos. Além disso, pode-se avançar no entendimento de que essa autoprodução dos indivíduos não ocorre no isolamento, mas em sociedade, o que os define, de forma imediata, como seres sociais.

Em suma, a formação da(o) psicóloga(o) deve levar em conta:

1. a criação de disciplinas que tematizem adequadamente a relação subjetividade/objetividade, evitando dicotomias ou vieses que impeçam a visão adequada de como se efetiva tal relação e, sobretudo, o lugar ocupado pelo trabalho no interfluxo sujeito/objeto;
2. o enfoque nos processos de individuação, levando sempre em conta seu caráter histórico e processual;
3. o enfoque nas diferentes possibilidades de atuação da(o) psicóloga(o) do trabalho, superando a visão estreita de uma atuação restrita ao contexto das organizações empresariais;

4. a ênfase na formação interdisciplinar, possibilitando ao profissional o acesso a conhecimentos proporcionados por disciplinas afins, tais como Ergonomia, Sociologia, Filosofia, Epidemiologia Social, Antropologia, Saúde Coletiva, Economia;
5. a criação de instrumentos que permitam melhor compreensão das vivências subjetivas no trabalho, conciliando a clínica com a análise da atividade (CLOT, 2006);
6. o desenvolvimento de habilidades que permitam à(ao) profissional apreender as reais necessidades dos trabalhadores ao assumir o compromisso com a preservação da saúde nos contextos de laborais;
7. o conhecimento de políticas públicas, sobretudo aquelas voltadas para a saúde;
8. a aquisição de noções/conceitos sobre o mundo do trabalho (inserção no trabalho, relações de trabalho, processo, organização e condições do trabalho);
9. a ênfase em pesquisas visando ao avanço da disciplina e à resposta mais adequada às demandas sociais em torno da Saúde do Trabalhador, formando um(a) psicólogo(a) como investigador(a) prático(a) e não como mera(o) aplicadora(or) de técnicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se relevante reafirmar que a produção deste material elegeu a categoria trabalho como central na análise. No entanto, por entender que a diversidade de saberes possibilita que o profissional realize suas escolhas e fundamentações, não se optou por focalizar uma abordagem teórica específica. Nesse sentido, sugere-se a consulta às referências e leituras complementares que se apoiem em diferentes referenciais teóricos.

O principal aspecto que se procurou evidenciar neste documento é a importância de articular o mundo do trabalho, contexto, condições e relações de trabalho e suas repercussões na saúde dos trabalhadores, evitando explicações de cunho individualista e culpabilizante para fenômenos que se apresentam coletivos e de cunho essencialmente social.

Deve-se salientar que existem diversas possibilidades de atuação da(o) psicóloga(o) em empresas, organizações e instituições públicas que contratam esse profissional visando à saúde dos seus funcionários. Em tais casos, a atuação profissional apresenta outros desafios que não foram objeto desta reflexão, tendo em vista que, aqui, o objetivo foi focalizar a Saúde do Trabalhador enquanto política pública que tem lugar no Sistema Único de Saúde. Consoante com essa premissa, estes apontamentos enfatizaram os princípios e diretrizes do SUS referentes às questões de saúde dos trabalhadores, independentemente do vínculo empregatício e privilegiaram apresentar as demandas que se impõem à(ao) psicóloga(o) que atua nesse campo, seja do ponto de vista teórico, seja do ponto de vista prático.

Com base nesse contexto específico, esperamos contribuir para a construção de um fazer comprometido e ético.

GLOSSÁRIO

Benefícios Previdenciários – Benefícios concedidos pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) a trabalhadores do setor formal (auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, por exemplo).

CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho – instrumento de comunicação dos acidentes de trabalho no âmbito da Previdência Social.

CEREST – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – desempenha o papel de suporte técnico e científico. É locus de articulação inter e intrasetorial das ações de Saúde do Trabalhador, no âmbito do SUS, em seu território de abrangência.

CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (10.^a rev.) – sistema de classificação para padronizar e catalogar as doenças e os problemas relacionados à saúde.

CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador – o parágrafo 2.º da Portaria n.º 2.437 define que, no âmbito dos CERESTs, o controle social deverá verificar-se por meio da criação e implementação dos Conselhos de Saúde do Trabalhador locais.

Nexo Causal – Relação de causa e efeito estabelecida entre um acidente ou adoecimento e o trabalho.

Nexo Técnico Epidemiológico – Metodologia utilizada pelo INSS, a partir da publicação da Lei Federal n.º 11.430, de 26 de dezembro de 2006, que consiste em identificar quais doenças e acidentes estão relacionados com a prática de uma determinada atividade profissional. Com a adoção dessa metodologia, a empresa deverá provar que as doenças e os acidentes do trabalho não foram causados pela atividade desenvolvida pelo trabalhador, ou seja, o ônus da prova passa a ser do empregador, e não mais do empregado.

Notificação Compulsória – Doenças de notificação compulsória são aquelas que devem ser notificadas aos órgãos públicos de

vigilância em saúde por qualquer profissional de saúde que identificar casos suspeitos ou comprovados. Em geral, são doenças cuja gravidade, magnitude e transcendência exigem medidas eficazes para a sua prevenção e controle.

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – objetiva integrar a rede de serviços do SUS, voltados para a assistência e a vigilância, visando ao desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador.

Serviço Sentinela – Designa os serviços assistenciais de retaguarda de média e alta complexidades já instalados e qualificados para garantir a geração de informação, a fim de viabilizar a vigilância em saúde.

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – objetiva coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica em relação às doenças de notificação compulsória.

Vigilância Epidemiológica – Conforme a Lei n.º 8.080/90, é “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou a história natural das doenças bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, M. V. A.; SILVA, R. C. et al. A experiência com grupos de apoio aos portadores de LER/DORT do CEREST Piracicaba. In: TAKAHASHI, M. A. B. C.; VILELA, R. A. G. (Orgs.). **A saúde do trabalhador e saúde ambiental: cenário, experiências e perspectivas**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba, 2003. pp. 96-101.

ALVES, A. J. L. **A individualidade nos Grundrisse de Karl Marx**. Dissertação de mestrado em Filosofia na Faculdade de Filosofia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, UFMG, 1999.

ANDRADE, G. R. B.; VAITSMAN, J. **Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, IMS, v. 7, n. 4, pp. 925-934, 2002.

BERNARDO, M. H. Representações dos trabalhadores sobre os riscos em uma usina química: os acidentes e a contaminação nas representações dos trabalhadores. **Caderno Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, USP, v. 5, pp.1-18, 2002.

_____. Grupos terapêuticos para trabalhadores com LER/DORT: a experiência de Campinas. In: TAKAHASHI, M. A. B. C.; VILELA, R. A. G. **A saúde do trabalhador e saúde ambiental: cenário, experiências e perspectivas**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracicaba, 2003, pp. 91-92.

_____. **Trabalho Duro, Discurso Flexível: Uma Análise das Contradições do Toyotismo a Partir da Vivência de Trabalhadores**. São Paulo: Expressão Popular; 2009.

BERNARDO M.H., PEREIRA M.S. O Trabalho no Contexto Brasileiro Atual e os Compromissos da Psicologia Social. In: Rasera EF, Pereira

MS, Galindo D. **Democracia Participativa, Estado e Laicidade: Psicologia Social e Enfrentamentos em Tempos de Exceção**. Porto Alegre: Abrapso Editora; 2017. pp. 139-154.

BOCK et al. **Crepop: uma experiência brasileira de intervenção da Psicologia no campo das políticas públicas**. In ASEBEY, A. M. R. e CALVIÑO, M. (Org.) **Psicología y Acción Comunitaria: sinergias de cambio en América Latina**. La Habana: Editorial Camiños, 2010.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. Lei n.º 6.259, de 30 de outubro de 1975.

_____. **Oitava Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Relatório Final. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf > Acesso em: 25/05/2019.

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

_____. Lei n.º 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

_____. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília, 2001.

_____. Portaria MS, n.º 1.679, de 19 de setembro de 2002. Brasília, 2002.

_____. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Versão 12/11/2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_seguranca_saude.pdf Acesso em: 25/05/2019.

_____. Portaria MS, n.º 777, de 28 de abril de 2004. Brasília, 2004.

_____. Portaria MS, n.º 2437, de 7 de dezembro de 2005. Brasília, 2005.

_____. Lei n.º 11.430/06, de 26 de dezembro de 2006. Brasília, 2006a.

_____. **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**: Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006b.

_____. **Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho**. Brasília/DF. Abril, 2012. Disponível em: http://www.abergo.org.br/arquivos/noticias/cartilha_ct-sst_print.pdf. Acesso em: 25/05/2019.

_____. **Portaria GM/MS Portaria de consolidação n.º 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 03 out 2017a.

_____. **Portaria GM/MS**. Portaria de consolidação n.º 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 03 out 2017b.

_____. **Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf> Acesso em:

BORGES, L. O.; Mourão, L. (Orgs). **O trabalho e as Organizações**: atuações a partir da Psicologia. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BREILH, J. Conceptos y técnicas de investigación – guia pedagógica para un taller de metodologia, Quito, CEAS, n. 3, 1994. Série “Epidemiologia Crítica”

CHASIN, J. **O que é trabalho?** Conferência proferida no Núcleo de Estudos sobre o Trabalho Humano. Belo Horizonte, UFMG, 1993.

_____. Rota e perspectiva de um projeto marxista. **Revista Ad Hominem**, São Paulo: Estudos e Edições Ad Hominem, 1999. Tomo I, Marxismo.

CHIESA, A. M.; GARBIN A. C. et al. As repercussões emocionais das LER/DORT no cotidiano do trabalhador: a invisibilidade ameaçadora. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**, São Paulo, Fundacentro,

pp. 9-25, 2002.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, 2005.

_____. Resolução n.º 15, de 13 de dezembro de 1996. Brasília, 1996.

_____. Resolução n.º 07, de 14 de junho de 2003. Brasília, 2003.

_____. Resolução n.º 06/2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela/o psicóloga/o no exercício profissional e revoga a Resolução CFP n.º 15/1996, a Resolução CFP n.º 07/2003 e a Resolução CFP n.º 04/2019.

DEJOURS, C., BÉGUE, F. **Suicídio e Trabalho: o que fazer?** Sobradinho (DF): Paralelo 15, 2010.

FACCHINI, L. A. et al. Ícones para mapas de riscos: uma proposta construída com os trabalhadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Fiocruz, v. 13 n. 3, pp. 497-502, 1997.

GALLO, E. Crise teórica e crise política – impactos na saúde coletiva. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde: coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1992. pp. 67-74.

GARBIN, A. C. A experiência interdisciplinar dos grupos de vivência para portadores de LER/DORT. In: TAKAHASHI, M. A. B. C.; VILELA, R. A. G. **A saúde do trabalhador e saúde ambiental: cenário, experiências e perspectivas**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador de Piracica, 2003. pp. 93-95.

HOEFEL, M. G. et al. Uma proposta em Saúde do Trabalhador com portadores de LER/ DORT: grupos de ação solidária. **Caderno Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, USP, v. 17, pp. 31-39, 2004.

JACQUES, M. G. C. O nexso causal em saúde/doença mental no trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Psicologia & Sociedade**, São Paulo, PUC, pp. 112-119, 2007. Edição especial.

JARDIM, S. R.; GLINA, D. O diagnóstico dos transtornos mentais relacionados ao trabalho. In: GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. (Orgs.). **Saúde de mental no trabalho: desafios e soluções**. São Paulo: VK, 2000.

KOMPIER, M. A.; KRISTENSEN, T. S. As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. **Caderno Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, USP, v. 5, pp. 37-58, 2003.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da Academia, dos serviços e do movimento sindical**. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 1996.

_____. O campo Saúde do Trabalhador. Resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, Brasil. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/csp/2007.v23n4/757-766/>>. Acesso em: 25 maio 2019.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Cebes – Hucitec, 1989.

LIMA, A. B.; OLIVEIRA, F. Abordagem psicossocial da LER: ideologia e culpabilização e grupos de qualidade de vida. In: CODO, W.; ALMEIDA, C. (Orgs.). **LER: diagnóstico, tratamento e prevenção. Uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1995. pp.136-159.

LIMA, M. E. A; LEAL R. M. A. C. **Álcool e Trabalho – revisitando conceitos à luz de novas descobertas**. Curitiba: Juruá. 2015

MARX, K. & ENGELS, F. **A ideologia alemã**. São Paulo: Martins Fontes, 1845/1989.

MELLO, S. L. **Psicologia e Profissão em São Paulo**. São Paulo: Ática, 1975.

MENDES, R. (Org.). **Medicina do trabalho: doenças profissionais**. Rio de Janeiro: Sarvier; 1980.

MERCUCCI, L.; MARCONDES, F. D. **Saúde mental e trabalho no Tocantins**: contribuição no processo de construção da Saúde do Trabalhador no SUS/TO. Monografia. (Especialização em Saúde do Trabalhador e ecologia humana), CESTEH/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

MERLO, A. R. C. et al. Trabalho de grupo com portadores de LER/DORT: relato de experiência. **Psicologia**: reflexão e crítica, Porto Alegre, UFRS, v. 14, n. 1, pp. 253-258, 2001.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. T. A construção do campo da Saúde do Trabalhador: percurso e dilemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ENSP-Fiocruz, v. 13, pp. 21-32, 1997.

NARDI, H. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A. (Org.). **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes, 1997. pp. 219-24.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, USP, v. 3, n. 2, pp. 5-21, 1994.

ODDONE, I. et al. **Ambiente do trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde**. São Paulo: Hucitec, 1986.

ODDONE, I.; RE, A.; BRIANTE, G. **Redécouvrir l'expérience ouvrière. Vers une autre psychologie du travail?** Paris: Messidor/Éditions Sociales, 1981.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Declaração sobre os princípios e direitos fundamentais no trabalho. Disponível em: <https://www.ilo.org/public/english/standards/declaration/declaration_portuguese.pdf> Acesso em: 25 maio 2019

_____. Convenção n.º 155, sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores e o Meio Ambiente de Trabalho. Genebra, 22 de junho de 1981. Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/OIT/OIT_155.html> Acesso em: 25 maio 2019.

_____. Diretrizes sobre Sistemas de Gestão de Segurança e Saúde no Trabalho – Programa de Saúde no Trabalho. Genebra-Brasília, 2002.

_____. Convenção n.º 187, sobre o Quadro Promocional para a Segurança e a Saúde no Trabalho, adotada pela Conferência Geral da OIT, na sua 95.ª Sessão. Genebra, 15 jun. 2006. Disponível em <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/108051988/details/normal?l=1> Acesso em: 25/05/2019.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Convención 161: servicios de salud en el trabajo. Geneva: Organización Internacional del Trabajo; 1985.

PASTORE, J. **O Peso dos Encargos Sociais no Brasil**, 1998. Coleção CIEE, v. 10.

PENA, R. P. M.; GOMES, P. F. La empresa ética: um nuevo paradigma? Condiciones, desafíos y riesgos del desarrollo de la business ethics. In **Encontro Nacional da Anpad**, 4. Curitiba, 2004.

SATO, L. et al. Atividades em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, Fundacentro, v. 21, n. 79, pp. 49-62, 1993.

_____. As implicações do conhecimento prático para a vigilância em Saúde do Trabalhador. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Fiocruz, v. 12, n. 4, pp. 489-495, 1996.

_____. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Org.). **Leituras em Saúde Mental & Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002. pp. 31-49.

SATO, L.; LACAZ, F. A. C.; BERNARDO, M. H. Psicologia e Saúde do Trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 11, n. 3, pp. 281-288, 2006.

SELIGMANN-SILVA, Edith. Crise econômica, trabalho e saúde mental. In: ANGERAMI, Valdemar Augusto; STEINER, Helena; SILVA, Moacir Carlos (Orgs.). **Crise, trabalho e saúde mental no Brasil**. São Paulo: Traço, 1986. pp. 54-132.

_____. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994. 322 p.

_____. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. Em: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. 2. ed. atual. ampl. São Paulo: Atheneu, 2003. pp. 1141-1182.

_____. **Trabalho e Desgaste Mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011.

SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. R. (Orgs.). **A danação do trabalho**: organização do trabalho e sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Te Cora Editora, 1997.

TAMBELLINI, A. T.; CÂMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, IMS, v. 3, n. 2, pp. 47-59, 1998.

VAISSMAN, Magda. **Alcoolismo no trabalho**. Rio de Janeiro: Garamond/Fiocruz, 2004. 219 p. (Coleção Loucura, XXI).

YAMAMOTO, O.H. Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, 2007.

ZANELLI, J. C.; BASTOS, A. V. B. Inserção profissional do psicólogo em organizações e trabalho. In: _____; _____.; BORGES-ANDRADE, J. E. (Orgs.). **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LEITURAS SUGERIDAS

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** Campinas: Cortez, 2006.

ARAÚJO, J. N. G.; LIMA, M. E. A.; LIMA, F. P. A. et al. **LER – dimensões ergonômicas, psicossociais.** Belo Horizonte: Health, 1997.

BARRETO, M. **Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações.** São Paulo: EDUC, 2003.

BERNARDO, M. H.; GARBIN, A.C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, pp. 103-117, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2018.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Petrópolis: Vozes, 1998.

CODO, W. **Educação: carinho e trabalho.** Petrópolis: Vozes, 1999.

COHN, A. et al. **Acidentes do trabalho, uma forma de violência.** São Paulo: Brasiliense/CEDEC, 1985.

_____.; ELIAS, P. E. M. Equidade e reformas na saúde nos anos 90. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Fiocruz, n. 18, pp. 173-180, 2002. Suplemento.

COSTA A. M.; LIONÇO T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, USP, v. 15, n. 2, pp. 47-55, maio-ago. 2006.

_____. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Cortez- Oboré, 1992.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

FIGUEIREDO, M. A.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Orgs.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

FORTES, R. V. **Trabalho e gênese do ser social na ontologia de George Lukács**. Dissertação. (Mestrado em Filosofia). Faculdade de Filosofia. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte: UFMG, 2001.

GARBIN, A. C. A Psicologia na área da Saúde do Trabalhador. In: GOULART JR. et al. (Orgs.). **Contribuições do psicólogo para a promoção da saúde, qualidade de vida do trabalhador e desenvolvimento das organizações**. Bauru: Joarte, 2006. pp. 113-118.

GOHN, M. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, USP, v. 13, n. 2, p. 20-31, 2004.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo, Edgard Blücher: Fundação Vanzolin, 2001.

GUIZARDI, F. L; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: IMS, pp. 797-805, 2005.

HELOANI, J. R. **Gestão e organização no capitalismo globalizado: história da manipulação psicológica no mundo do trabalho**. São Paulo: Atlas, 2003.

JACQUES, M. G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Revista Psicologia & Sociedade**, São Paulo, PUC, v. 15, n. 1, pp. 97-116, 2003.

_____. (Orgs.). **Saúde mental & trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

KRÜGER, T. R. O desconhecimento da reforma sanitária e da legislação do SUS na prática do Conselho de Saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 22, dez. 2000.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2004.

LIMA, M. E. A. (Org.). **Escritos de Louis Le Guillant**: da ergoterapia à psicopatologia do trabalho. Petrópolis: Vozes, 2006.

MAENO, M.; CARMO, J. C. **Saúde do trabalhador no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2005.

MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Attheu; 1995.

MINAYO, M. C. S. Saúde – doença: uma concepção popular da etiologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Fiocruz, v. 4, pp. 356-362, 1988.

MORROW, R. A.; TORRES, C. A. Gramsci e a educação popular na América Latina. Percepções do debate brasileiro. **Currículo Sem Fronteiras**, v. 4, n.º. 2, 2004, pp. 33-50. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol4iss2articles/morrow.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2008.

NUNES, E. D. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. **Physis**: revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, IMS, v. 15, n. 1, pp. 13-38, 2005.

PAPARELLI, R.; SATO, L.; OLIVEIRA, F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 36, n. 123, pp. 118-127, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2018.

ROCHA, L. E.; BUSCHINELLI, J. T.; RIGOTTO, R. M. (Org.). **Isto é trabalho de gente?** – vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

SATO, L. O psicólogo e a Saúde do Trabalhador na área sindical. In: CAMPOS, F . C. B. (Org.). **Psicologia e saúde – repensando práticas**. São Paulo: Oboré, 1992.

_____. A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M. J. P. (Org.). **O conhecimento no cotidiano – as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social**. São Paulo: Brasiliense, 1993. pp.188-211.

_____. LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Fiocruz, v. 17, n. 1, pp. 47-152, 2001.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

2007 – Referências técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS;

2008 – Referências técnicas para a prática do(a) psicólogo(a) nos programas de DST e AIDS;

2010 – Referências técnicas para atuação do psicólogo em Varas de Família;

2010 – Referências Técnicas para atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação;

2011 – Como os psicólogos e as psicólogas podem contribuir para avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) – informações para gestoras e gestores;

2012 – Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) em programas de medidas socioeducativas em meio aberto;

2012 – Referências Técnicas para atuação das psicólogas (os) no Sistema Prisional;

2013 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Centros de Referências Especializado de Assistências Social – CREAS;

2013 – Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;

2013 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas (os) em programas de atenção à mulheres em situação de violência;

2013 – Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores;

2017 – Relações Raciais – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os);

2018 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas em políticas públicas de mobilidade humana e trânsito;

2019 – Referências Técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) em questões relativas a terra (Edição Revisada);

2019 – Saúde do trabalhador no âmbito da Saúde Pública: Referências Técnicas para a atuação da(o) psicóloga(o) (Edição Revisada);

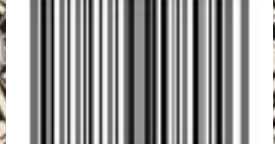
2019 – Referência Técnica para a atuação de psicólogas(os) na Educação Básica (Edição Revisada);

2019 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em Políticas Públicas de álcool e outras drogas (Edição Revisada);

2019 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em Políticas Públicas de Esporte.



ISBN 978-85-89209-05-6



9 788589 208956 >



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia



CREPOP