

Universidade Federal de  
Santa Catarina

Programa de Pós-  
Graduação em  
Psicologia

[www.pos.ufsc.br/ppgp](http://www.pos.ufsc.br/ppgp)

Campus Universitário  
Florianópolis- SC

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-  
graduação em Psicologia, Departamento de  
Psicologia, do Centro de Filosofia e Ciências  
Humanas da Universidade Federal de Santa  
Catarina, como requisito para obtenção do  
Título de Mestre em Psicologia

Orientadora: Suzana da Rosa Tolfo

Florianópolis, 2019

SAÚDE MENTAL, TRABALHO E ATUAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR:  
CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES DO PSICÓLOGO

Pâmella Batista de Souza

**SAÚDE MENTAL, TRABALHO E  
ATUAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE DO  
TRABALHADOR: CONCEPÇÕES E  
INTERVENÇÕES DO PSICÓLOGO**

Pâmella Batista de Souza

Dissertação com  
levantamento  
nacional sobre a  
atuação e  
concepções dos  
psicólogos que atuam  
em serviços de saúde  
do trabalhador.

Orientadora:

Suzana da Rosa  
Tolfo



PÂMELLA BATISTA DE SOUZA

**SAÚDE MENTAL, TRABALHO E ATUAÇÃO EM  
SERVIÇOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR:  
CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES DO PSICÓLOGO**

Dissertação submetido ao  
Programa de Psicologia da  
Universidade Federal de  
Santa Catarina para a  
obtenção do Grau de Mestre  
em Psicologia.  
Orientador: Prof. Dr. Suzana  
da Rosa Tolfo.

Florianópolis  
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca  
Universitária da UFSC.

Batista de Souza, Pâmella  
SAÚDE MENTAL, TRABALHO E ATUAÇÃO EM SERVIÇOS DE  
SAÚDE DO TRABALHADOR: CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES DO  
PSICÓLOGO / Pâmella Batista de Souza; orientadora,  
SUZANA DA ROSA TOLFO, 2019.  
149 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de  
Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências  
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia,  
Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Saúde do Trabalhador. 3. saúde  
mental. 4. SUS. 5. RENAST. I. DA ROSA TOLFO,  
SUZANA. II. Universidade Federal de Santa Catarina.

Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

*Pâmella Batista de Souza*

**SAÚDE MENTAL, TRABALHO E ATUAÇÃO EM SERVIÇOS DE  
SAÚDE DO TRABALHADOR: CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES  
DO PSICÓLOGO**

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 28 de Janeiro de 2019.

Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes  
(Coordenador - PPG/UFSC)

Dr. Carlos Henrique Sancineto Da Silva Nunes  
(PPGP UFSC - Presidente da Banca)

Dr. Iúri Novaes Luna  
(PPGP UFSC - Examinador Interno)

Dr. Jorge Mesquita Hurt Machado  
(FIOCRUZ - Examinador Externo)

Dr. Narbal Silva  
(PPGP UFSC - Examinador Interno Suplente)

Dr. Thiago Soares Nunes  
(Depto MP UMA - Examinador Suplente Externo)

Dr. Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia/CFH-UFSC  
Portaria nº 1463/2017/GR

Vide conferência

Dedico esta dissertação, o título de mestra e todo o caminho percorrido a minha mãe. O real significado destas três coisas só eu e ela sa

## AGRADECIMENTOS

Quero iniciar agradecendo a mim mesma e esperando que isso não soe como egocentrismo, mas sim como alguém que sabe da própria história e reconhece este momento como um troféu. A você Pâmella, com dedicação e determinação sem tamanho, toda minha admiração! Desejo de que siga os novos caminhos com mais autocompaixão e gentileza.

Gratidão ao meu marido Felipe, que me mostra um amor tão verdadeiro, cuidadoso e único que me traz uma paz e sorrisos diários. Obrigada pelas viagens para me trazer para Florianópolis, por deixar recados amorosos em minhas malas de viagens, por me esperar na rodoviária com todo amor, obrigada pelo amor tão puro e doce que me possibilitou junto a caminhada do mestrado. “I'm so glad I found you!!!” (Ramoness)

De igual importância é a minha gratidão à minha família. Meus irmãos Lucas e Felipe, tão parecidos e inseparáveis, mas também tão fieis a mim. Lucas com uma visão tão sábia do que realmente importa, que é o próprio “Simple Man” do Lynyrd Skynyrd. Fe sempre otimista e prático, sempre presente, sempre um verdadeiro presente! Meu pai, que também se dedicou para que eu pudesse alcançar meus sonhos e que me ensinou várias coisas que hoje considero importantes. Meu obrigada especial a minha mãe, meu refúgio, meu maior exemplo de otimismo, quem me ensinou a fazer do limão uma limonada. Mettalia estava certo: “O coração de um filho pertence à mãe”.

Minha gratidão também aos meus sogros, pessoas de caráter ímpar, amorosos e sempre com muito alto astral. Obrigada sogra pelo inventivo de sempre, pelos lanchinhos que separava para eu viajar e assim sua demonstrava seu carinho por mim. Obrigada sogro por dizer "você é fera" junto de um abraço tão gostoso. Vocês são muito especiais!

Agradeço minha orientadora Suzana. Pessoa que me inspira pela humildade, bom humor, simplicidade em lidar com a

vida, sabedoria, e pela profissional que é: dedicada, determinada, sábia! Você torna a universidade mais calorosa, mais colorida (literalmente), com mais vida e boas energias! Obrigada por me fazer ver a importância de amar os mundos leves e gentis. Realmente, tudo passa e tudo fica! (Antônio Machado)

Agradeço à minhas amigas com quais divido a escolha pela área acadêmica, afetos, viagens, companhias, conselhos, a vida: Gi, Tali e Mel, três amigas que tornam minha vida melhor! Já dizia Freddie Mercury: Friends will be friends!

Agradeço aos professores que tive desde quando entrei no "pré", pessoas que tornaram o ensino e o aprendizado tão prazerosos e instigantes para mim. Agradeço aos livros que li durante a vida (Desde os infantis e tão marcantes, aos *best seller* na adolescência e aos de Psicologia na vida adulta) figuras inanimadas, mas que trouxeram esperança e são a base do que sou hoje!

Agradeço às amigas que fiz durante o mestrado e de modo especial à Ana Paula, minha amiga com coração do tamanho de Florianópolis!

Às demais pessoas incentivadoras: tios, tias e primas: meu muito obrigada!

Agradeço à Deus por toda a proteção e bênçãos durante o caminho.

Agradeço à todos os participantes deste estudo e à CAPES ao apoio financeiro para realização desta pesquisa.

“Vamos viver. Temos muito  
ainda o que fazer. Não olhe  
para trás. Apenas começamos!  
O mundo começa agora!”  
(Renato Russo).



**RESUMO:** Os serviços públicos em Saúde do Trabalhador são espaços de atuação da Psicologia. Um dos principais serviços da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) é o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), constituído, entre outros profissionais, por psicólogos, cuja atuação tem sido pouca analisada e questionada em âmbito científico. Compreendendo este cenário de recente imersão do psicólogo e também de lacunas quanto a atuação, a presente dissertação teve como objetivo compreender as intervenções de psicólogos que atuam em CEREST e suas concepções sobre saúde, saúde mental e trabalho. Realizou-se um mapeamento nacional e concomitantemente foi enviado um questionário *on-line* que obteve 56 respostas, número que representa 50,0% da população, e que teve representação de todas as macrorregiões do país. Foram entrevistados sete participantes que se dispuseram a este segundo momento. Ambos os instrumentos foram criados pela pesquisadora e testados por profissionais da área. O período de coleta foi o ano de 2018. Os principais resultados encontrados foram: a maior parte da amostra (87,5%) é composta por mulheres, o que é coerente com o fato da Psicologia ser uma profissão majoritariamente feminina no Brasil. Foi identificado que as atuações predominantes circundam entre educação e vigilância e as demais seguem a heterogeneidade da gestão de cada CEREST, que inclusive, possui ações e percepções diversificadas entre educação e vigilância, o que é benéfico ao possibilitar adequações do serviço à cada realidade abrangida. Os pontos de convergência são: a maior parte dos psicólogos realizam as atividades centrais atribuídas aos CEREST e 100% atuam em conjunto com mais profissionais, sobretudo, com enfermeiros (92,8%). Há diversas particularidades na atuação, que podem ser explicadas por existir poucos guias e instrumentos para psicólogos em CEREST, pois há mais orientações direcionadas ao serviço, o que auxilia o psicólogo a realizar ações mais generalistas e poucas exclusivas de sua área. Este caráter generalista nas ações também foi

explicado como característica das políticas públicas que os orientam, porém, pode interferir negativamente na identidade profissional do psicólogo. Esta questão também foi apontada como uma das dificuldades para a atuação, junto com os escassos recursos financeiro e apoio institucional. Identificou-se que o conhecimento dos psicólogos sobre Saúde do Trabalhador é baixo e em alguns casos até nulo e uma das explicações refere-se às grades curriculares abordarem pouco o tema, conforme exposto por 30% dos participantes. Isto é bastante grave e se mostra urgente a necessidade de maior balizamento de conhecimentos sobre saúde do trabalhador para futuros psicólogos que possam atuar em CEREST. Sobre as concepções dos participantes sobre Saúde, foi verificado que são similares, remetendo principalmente a bem-estar e como a somatória de vários fatores, o que se aproxima da definição preconizada pelo SUS, política ou sistema? no qual eles estão inseridos. Sobre Saúde Mental e Trabalho (SMT) a maior parte demonstrou adotar perspectivas similares à Psicodinâmica do Trabalho e à teoria de Subjetividade, e relataram que é fundamental realizar educação e vigilância, o que novamente demonstra coerência com o que de fato realizam. Sobre a RENAST, a maioria das opiniões que precisa ser articuladora mas tem muitas dificuldades a serem enfrentadas e as principais habilidades dos psicólogos em RENAST devem ser diálogo, articulação, criação de parcerias, criatividade e realização de vigilância e prevenção. Este estudo concluiu que as principais ações de psicólogos em CEREST são as que caracterizam os serviços, as concepções são um tanto similares, porém, em vários casos distintas do que seria coerente com o que o SUS e a RENAST preconizam. Revela-se de importância ampliar o número de estudos sobre o a atuação e concepções sobre psicólogos em CEREST.

**Palavras Chave:** Atuação de psicólogo; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; CEREST; Saúde Mental.

**ABSTRACT:** Public services in Worker's Health are spaces of action of Psychology. One of the main services of the National Network of Integral Attention to Workers' Health (RENAST) is the Occupational Health Reference Center (CEREST), made up, among other professionals, of psychologists whose work has been little analyzed and questioned in scientific terms . Understanding this scenario of recent immersion of the psychologist and also of shortcomings in acting, this dissertation aimed to understand the interventions of psychologists who work in CEREST and its conceptions on health, mental health and work. A national mapping was carried out, and an online questionnaire was sent, which received 56 responses, representing 50.0% of the population, and representing all macro regions of the country. Seven participants were interviewed who were willing to attend this second moment. Both instruments were created by the researcher and tested by professionals in the field. The collection period was the year 2018. The main results were: the majority of the sample (87.5%) is composed of women, which is consistent with the fact that Psychology is a predominantly female profession in Brazil. It was identified that the predominant activities are between education and surveillance, and the others follow the heterogeneity of the management of each CEREST, which also has diverse actions and perceptions between education and vigilance, which is beneficial in enabling service adaptations to each reality covered. The points of convergence are: most psychologists perform the central activities assigned to CEREST and 100% work together with more professionals, especially nurses (92.8%). There are several particularities in the performance, which can be explained by the fact that there are few guides and instruments for psychologists in CEREST, since there are more guidelines directed to the service, which helps the psychologist to perform more general actions and few exclusive ones in his area. This generalist character in the actions was also explained as characteristic of the public policies that guide them, however, it can interfere negatively in the professional identity of

the psychologist. This issue was also pointed out as one of the difficulties for the operation, together with the scarce financial resources and institutional support. It was identified that the knowledge of the psychologists on Worker's Health is low and in some cases even null and one of the explanations refers to the curricular curricula approaching the subject little, as exposed by 30% of the participants. This is quite serious and it is urgent to see more need for more knowledge about worker health for future psychologists who can work at CEREST. Regarding the participants' conceptions about Health, it was verified that they are similar, referring mainly to well-being and as the sum of several factors, what is close to the definition advocated by the SUS, policy or system? in which they are inserted. Most of Mental Health and Work (SMT) have demonstrated similar perspectives to Work Psychodynamics and Subjectivity theory, and have reported that it is fundamental to carry out education and surveillance, which again shows consistency with what they actually do. About RENAST, most of the opinions that need to be articulated but have many difficulties to be faced and the main skills of psychologists at RENAST should be dialogue, articulation, partnership building, creativity and surveillance and prevention. This study concluded that the main actions of psychologists in CEREST are those that characterize the services, the conceptions are somewhat similar, however, in several different cases than would be consistent with what SUS and RENAST advocate. It is of importance to expand the number of studies on the performance and conceptions on psychologists in CEREST.

**Keywords:** Psychologist practice; Reference Center on Occupational Health; CEREST; Mental health

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 01 - Modelo de atenção da RENAST .....	41
---	----

### GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes conforme tipo de CEREST em que atua. ....	63
Gráfico 2 - Distribuição dos participantes quanto à gênero .....	72
Gráfico 3 - Distribuição dos participantes quanto à macrorregião de atuação.....	73
Gráfico 4 - Distribuição dos participantes quanto ao tempo de atuação em Saúde do Trabalhador .....	74
Gráfico 5 - Realização de diálogo com outros serviços .....	79
Gráfico 6 - Índice de psicólogos que não realiza atividades que gostaria.....	85
Gráfico 7 - Quantitativo de psicólogo que atuam por uma abordagem.....	90
Gráfico 8 - Quantitativo de psicólogos que faz uso de protocolos de guias em seu trabalho .....	94

### QUADROS

Quadro 1 - Equipe de CEREST estadual e regional .....	43
Quadro 2 – Comparativo com o estudo de Keppler (2015) .....	49
Quadro 3 -Descrição das dimensões que compõem o questionário .....	56
Quadro 4 - Descrição das dimensões que compõem a entrevista .....	57
Quadro 5 - Atividades realizadas pelos CEREST na área de Saúde Mental.....	65
Quadro 6 - Dados sociodemográficos dos participantes do estudo.....	71
Quadro 7 - Concepções sobre Saúde obtidas na questão 19 do Questionário.....	98
Quadro 8 - Concepções de Saúde Mental e Trabalho obtidas na Questão 22 do Questionário .....	103
Quadro 9 - <i>Ranking</i> ações que psicólogos consideram imprescindíveis em serviços de SM e trabalho.....	106
Quadro 10 - Concepções sobre responsabilidade da RENAST .....	109
Quadro 11 - Concepções sobre o futuro da RENAST .....	112
Quadro 12 - Concepções sobre a SM do trabalhador.....	114

### MAPAS

Mapa 1 - Distribuição dos CEREST que fizeram parte do estudo.....	62
Mapa 2 - Distribuição dos psicólogos que atuam em CEREST.....	69

### TABELAS

Tabela 1 - Síntese do quantitativo dos participantes.....	53
Tabela 2 - Atividades realizadas por psicólogos em parceria com outras profissões .....	76
Tabela 3 - Abordagens teórico-metodológicas utilizadas pelos participantes .....	90

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CEPESH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

COSAT - Coordenação de Saúde do Trabalhador

NEPPOT - Núcleo de Estudos e pesquisas em Processo Psicossociais e de Saúde nas Organizações e no Trabalho

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS - Organização Mundial da Saúde

PNST - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador

SM - Saúde Mental

ST – Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

TMRT - Transtornos Mentais Relacionados ao trabalho

VISAT – Vigilância em Saúde do Trabalhador

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>22</b>
2.1	TRABALHO .....	22
2.2	SAÚDE.....	25
2.3	SAÚDE MENTAL E TRABALHO.....	29
2.4	SAÚDE DO TRABALHADOR E REDE DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL.....	39
2.4.1	CEREST.....	42
2.5	PROFISSIONAL PSICÓLOGO: CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ATUAÇÃO NO CAMPO DO TRABALHO.....	44
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>50</b>
3.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	50
3.2	ABORDAGEM EPISTEMOLÓGICA.....	51
3.3	PARTICIPANTES .....	51
3.4	PROCEDIMENTOS .....	52
3.5	COLETA DE DADOS .....	54
3.5.1	Instrumentos de coleta de dados.....	54
3.5.2	Situação e Ambiente da coleta de dados .....	58
3.6	ANÁLISE DE DADOS.....	58
3.7	PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	59
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
4.1	DADOS SOBRE OS CEREST .....	61
4.1.1	Distribuição pelo país.....	61
4.1.2	Tipo .....	63
4.1.3	Equipe .....	64
4.1.4	Ações de Saúde Mental .....	64
4.2	DADOS DOS PARTICIPANTES.....	68
4.2.1	Quantitativo de psicólogos atuando em CEREST.....	68
4.2.2	Gênero.....	71
4.2.3	Distribuição pelo país.....	72
4.2.4	Tempo de atuação em Saúde do trabalhador.....	73
4.3	DADOS SOBRE ATUAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	74
4.3.1	Trabalho realizado com outros profissionais da equipe .....	74
4.3.2	Diálogo com outros serviços.....	79
4.3.3	Atividades realizadas exclusivamente por psicólogos em CEREST.....	80
4.3.4	Atividades não executadas .....	84
4.3.5	Dificuldades Enfrentadas .....	86
4.3.6	Principais Demandas que atendem.....	88
4.3.7	Abordagens Teóricas- Metodológicas.....	89
4.3.8	Conhecimento de Legislações e materiais da RENAST .....	92
4.3.9	Instrumentos, Protocolos e Guias utilizados .....	93
4.3.10	Aprendizado do Psicólogo sobre Saúde do Trabalhador durante a Graduação.....	95
4.4	CONCEPÇÕES DO PSICÓLOGO.....	97
4.4.1	Concepções sobre Saúde .....	98
4.4.2	Concepções sobre Saúde Mental e Trabalho.....	102
4.4.3	Concepções sobre ações em Saúde Mental do Trabalhador.....	105
4.4.4	Habilidades consideradas necessárias .....	108

4.4.5	Concepções sobre RENAST .....	108
4.4.6	Concepções sobre facilidades e dificuldades da RENAST .....	110
4.4.7	Concepções sobre o futuro da RENAST .....	110
4.4.8	Concepções sobre o futuro da SM do trabalhador.....	113
4.4.9	Concepções sobre CEREST.....	115
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>117</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>121</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>141</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho é admitido como uma ação propriamente humana, concreta, mas também promotora de significados subjetivos e de uma dimensão social que o torna central na organização da sociedade contemporânea. A literatura científica (BENDASSOLLI, 2011; BORSOI, 2007; CODO, 2002; JACQUES, 2007, entre outros) reconhece que em meio a impactos, ora positivos, ora negativos, ora positivos e negativos, que o trabalho gera, a questão da saúde também é atingida. Deste modo, as possíveis correlações do ato de trabalhar à saúde também são comentadas em uma dimensão tanto de malefícios (desgaste, adoecimento) como de benefícios.

O processo saúde-trabalho se tornou uma questão relevante para a humanidade há muito tempo, tendo sido sugerido pelos egípcios na antiguidade. No século XVIII iniciou-se de forma incipiente a análise e descrição sobre as doenças dos trabalhadores, no entanto, foi apenas no século XIX que essa interligação foi inteiramente evidenciada a sociedade (RAMAZZINI, 2000). Neste período os trabalhadores estavam inseridos em condições precárias dentro dos espaços de trabalho, sobretudo nas indústrias Inglesas, com cargas horárias de trabalho elevadas, contrapartidas econômicas aquém do trabalho realizado e ambientes de trabalho insalubres. Trabalhadores adoeciam com muita frequência e não tinham tempo para outras atividades que não o trabalho, além disso eram duramente penalizados por faltas, atrasos e insubordinações dentro das fábricas (HUBERMAN, 1986). Essas condições evidenciaram à sociedade a relação do trabalho com diversos outros aspectos da vida humana.

O momento descrito corresponde ao advento do Capitalismo Moderno, consolidado durante o processo da Revolução Industrial no século XIX, que solidificou a centralidade ao trabalho na vida humana<sup>1</sup> no plano econômico, moral, político e ideológico, como descreve Bendassoli (2011), e que, em decorrência, revelou as suas implicações na saúde do trabalhador (ST). O percurso da relação entre Trabalho e Saúde até a atualidade elevou esta relação também às normas técnicas e protocolos como exemplo as normas regulamentadoras, os equipamentos de proteção individual que consideram aspectos físicos e ergonômicos como interferências ao trabalho e, portanto, à ST.

No Brasil, o percurso do reconhecimento da interferência do trabalho na saúde dos trabalhadores também foi longo, descontínuo e dinâmico. Similarmente, foram necessários muitos anos de acontecimentos históricos e sociais relacionados a saúde pública no país para o desenvolvimento da compreensão sobre a necessidade de cuidado sobre esse processo, cuidado esse que deveria ser assumido como responsabilidade do estado. Assim, a seguridade em relação a essa inter-relação também foi paulatina (DIAS, 2010).

Um dos marcos mais recentes em relação a isso é o Artigo 198 da Constituição Federal, que destaca a ST como campo da saúde pública (BRASIL, 1988). Também foram fundamentais para o

---

<sup>1</sup> Autores como Tamayo, Borges-Andrade e Codo (1999) possuem uma visão um tanto distinta da comentada. Estes autores afirmam que o trabalho sempre foi essencial à vida humana e que essa essencialidade limitou o olhar e a atenção sobre as consequências do trabalho para o trabalhador.

reconhecimento da ST como direito dos trabalhadores e área de atuação pública diversos momentos históricos e sociais da década de 1990. Um destes momentos foi o reconhecimento do trabalho como interferência à saúde dos seres humanos na Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990), que criou e regulou o Sistema Único de Saúde (SUS) e que assumiu a ST como campo de atuação do SUS como um conjunto de atividades que visa à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores, sendo realizada por meio da vigilância sanitária e epidemiológica (BRASIL, 1990).

Outro marco foi a Segunda Conferência de Saúde do Trabalhador em 1994, a elaboração da Norma Operacional do Trabalhador, a Portaria 1.339/99 (BRASIL, 1999) que instituiu a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho. Também em 1999 houve o Encontro Nacional de Saúde do Trabalhador na cidade Brasília para formular a proposta de elaboração de uma rede de ST que abrangesse todos os níveis de atenção que o SUS se fundamentava (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). É, então, na última década do século XX que a relação entre trabalho e saúde se torna, oficialmente, preocupação de Saúde Pública. Porém, também após essa década existiram outros períodos de relevância para a ST no Brasil, como a formulação e proposta da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST). Este percurso nacional foi influenciado por movimentos internacionais. Segundo Costa (2014), os serviços médicos foram implantados em diversos países e reforçada por meio das recomendações 97 e 112 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) que indicam ações que visam minimizar condições de trabalho e impactos negativos que este processo pode gerar.

Após, então, a incorporação da temática ST pela sociedade civil e nos textos legais no Brasil, a RENAST é efetivamente criada em 2002 por meio da Portaria no 1.679 (BRASIL, 2002b) e buscou atender a Constituição de 1988 no que se refere ao direito do trabalhador ao ter sua saúde assistida de maneira gratuita e também consolidou o previsto pela lei Orgânica de Saúde. Assim, sua formulação teve o objetivo de realizar a atenção integral à saúde dos trabalhadores por meio da articulação entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal e as secretarias dos municípios. Para atingir o objetivo de atenção integral, a RENAST possui subdivisões de ações centralizadas em vigilância, assistência, controle social, investigação, capacitação, informação, comunicação e educação em ST (LEÃO; VASCONCELLOS, 2011). A lei de criação da RENAST também previu a implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um dispositivo que é o centro articulador da rede e que tem como papel a organização dos serviços do SUS no que se refere a promoção, vigilância e assistência à ST.

Entretanto, a rede apresentou impasses em sua implantação, como exemplo predominância da realização do trabalho por meio do “assistencialismo”, pouca comunicação e articulação entre os serviços que compõem a rede o que demonstra uma baixa articulação intrassetorial, falta de padronização dos serviços em territórios distintos, ausência de uma missão que perpassasse toda a rede, e desconhecimento dos profissionais sobre seu papel nos serviços, além de inexistência da concepção de integralidade do sujeito (LEÃO; VASCONCELLOS, 2008; DIAS; HOEFEL, 2005; MACHADO *et al* 2013).

Estes impasses e necessidades são fortemente discutidos em seminários e encontros da RENAST (MACHADO *et al*, 2013), porém, são escassos os trabalhos científicos que analisam a estruturação e funcionamentos das diversas dimensões da RENAST (LEÃO; VASCONCELLOS, 2008), de forma que existe uma lacuna na literatura em relação a identificação das intervenções e dos instrumentos utilizados por profissionais dos serviços que compõem a rede, como exemplo nos espaços dos CEREST, que são o centro articulador da RENAST e mais especificamente há uma escassez de estudos que explorem sobre o trabalho dos psicólogos nos CEREST, uma vez que esses são um dos profissionais que podem compor a equipe do local.

A revisão integrativa realizada para este estudo<sup>2</sup> observou que são incipientes as pesquisas na área. Na busca referente a RENAST foram encontrados 72 materiais científicos, sendo 43 artigos científicos e 29 de origem de pós-graduação, com 15 dissertações de mestrado, seis de mestrado profissional, cinco de doutorado e três de cursos profissionalizantes. O descritor utilizado foi RENAST e como resultados os materiais foram publicados entre 2005 a 2018 e 22 não estão disponíveis para *download* gratuito, este último fator restringe ainda mais o acesso do público geral a uma publicação que já é baixa. Os materiais exploram o tema RENAST de diferentes formas. Em síntese, apenas 44 estudos sobre RENAST estão disponíveis em idioma português em uma das principais bases de dados nacional. A principal temática encontrada nos materiais era relacionada ao SUS, tais como práticas (exemplo: apoio matricial), relatos de serviços e suas características, como também a formação de profissionais na área.

Na busca sobre CEREST foram encontrados 104 artigos científicos. Referente a trabalhos de pós-graduação foram encontrados 97 materiais, sendo sete de cursos profissionalizantes, 18 de mestrado profissional, 55 de mestrado acadêmico e 16 de doutorado, totalizando assim 97. Os materiais encontrados foram publicados entre 2005 e 2018. Apenas nove destes estudos foram produzidos em programas de pós-graduação da Psicologia e nota-se também que a maior parte (21 do total) são das áreas de Saúde Pública e Coletiva. Também foi observado que desde o ano de 2008 as pesquisas desta área têm aumentado e o número dessa produção entre 2017 até o término do primeiro semestre de 2018 é expressivo (13). Os principais temas encontrados nos estudos foram relacionados ao SUS, além de temas como subnotificação e também relatos de intervenções e caracterização de serviços da área.

Em relação ao campo CEREST e a atuação do psicólogo em ST, o número de estudos é ainda menor. Na mesma base de dados há apenas 24 artigos científicos. Destes, apenas 17 artigos estavam disponíveis e tratavam da Psicologia relacionada ao CEREST. Nesta busca os descritores utilizados foram: CEREST e psicólogo e CEREST e Psicologia.

---

<sup>2</sup> A revisão teórica ocorreu em três partes distintas, no entanto, todas seguindo os mesmos procedimentos: a busca ocorreu no ano de 2018, E os critérios para seleção dos materiais foram estarem publicados em língua portuguesa, estar disponível na íntegra, não ser publicado de forma repetida e o termo descritor deveria estar contido no título, o que objetivava garantir que os materiais de fato adentrariam aos temas definidos. A base de dados escolhida foi a da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES) sendo a de periódicos nacionais para busca de artigos científicos e o catálogo de Teses e Dissertações para busca de dissertações e mestrado. A busca ocorreu por meio do VPN da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Sobre a relação entre a Psicologia e a área da ST foram encontrados 15 artigos científicos entre os anos de 1988 e 2018. Embora com tais descritores apenas dois artigos abordavam e discutiam a inserção do psicólogo nas políticas públicas de ST, os demais traziam uma discussão sobre SM e sofrimento psíquico.

Em síntese, os estudos discutem diversos assuntos, dentre deles a possibilidade de aproximação entre serviços de saúde do SUS como a Estratégia de Saúde da Família com a RENAST, além de analisar aspectos distintos de saúde de diferentes classes de trabalhadores, dados obtidos pelos CEREST em termos de condições e acidentes de trabalho que permitem análises sociais e culturais, entre outros temas. Todos os artigos trazem informações relevantes sobre a RENAST que agregam na caracterização da rede, além de sugerirem estudos que podem complementar o quadro atual de pesquisas, que já se mostra como uma importante área de estudos acadêmicos (SAMPAIO, 2017).

Embora as descobertas desse conjunto de estudos tragam um significativo avanço à problemática referente à RENAST, CEREST e a inserção de psicólogos na ST, fica também demonstrado que há diversos questões dessas três esferas ainda a serem discutidos. Desta maneira, as informações acima reafirmam a importância de compreender diversos aspectos do CEREST, sobretudo, a área da Psicologia neste campo e suas repercussões. Trabalhos que contemplem esses aspectos podem contribuir com maiores informações sobre esse cenário ao caracterizar as concepções e práticas destes profissionais. Como resultados, estudos com objetivos semelhantes podem instrumentalizar melhor os profissionais da área de ST e assim balizar a criação de metodologias, ferramentas, protocolos e guias que possam orientar profissionais dos serviços, questão que é vista por Cardoso (2015) como uma necessidade atual.

Estas últimas questões balizam a justificativa deste estudo e mostram também sua relevância, de forma que o presente estudo possui relevância científica por estudar um tema reconhecido como de importância nacional por diversas pesquisas (LEÃO; VASCONCELLOS, 2008; KEPPLER, 2015, MACHADO *et al*, 2013, entre outros) e possibilitar agregar informações relevantes sobre o tema em questão, além disto, os dados obtidos podem embasar a criação de um portal *online* que concentre estudos sobre SM do trabalhador como o almejado pelos participantes do Núcleo de Estudos e Pesquisas de Processos Psicossociais e de Saúde nas Organizações e no Trabalho (NEPPOT) na UFSC, este intento auxiliaria tanto a esfera acadêmica quanto a social. Ainda, os avanços nos estudos e práticas em ST são uma construção vagarosa que se dá a partir de diversos tipos de iniciativas, e os estudos científicos com resumos e descobertas sobre a área podem ser pequenas iniciativas que pode contribuir, mesmo que de forma diminuta, para esse alcance (LEÃO; VASCONCELLOS, 2008). Já a relevância social do estudo explica-se pela possibilidade de disseminar os resultados encontrados e poder, quiçá, dar subsídios para possíveis ações e projetos como orientar a definição de protocolos e roteiros específicos de ação dos psicólogos no CEREST, preocupação encontrada e apontada na literatura por Cardoso (2015) e Keppler (2015). Essa dissertação revela-se, então, como relevante social e academicamente, pois pretende-se auxiliar a academia com maiores informações científicas que podem balizar ou fundamentar a formação dos psicólogos em saúde mental do trabalhador, como também na esfera social ao produzir informações

sólidas que sistematizam e refletem as formas de atuação, e por consequência, de percepções utilizadas para tal de psicólogos que atuam em CEREST. Este estudo pode contribuir para ambas as esferas no embasamento de políticas públicas que definam as intervenções dos profissionais, bem como de materiais técnicos como manuais, roteiros, questionários, entre outros.

A partir do cenário relativo à realidade complexa às quais os psicólogos estão expostos na área de SM do trabalhador elaborou-se o seguinte problema de pesquisa: como se caracterizam as atuações dos psicólogos que atuam em CEREST e suas concepções sobre Saúde e SM e trabalho?

Este trabalho assume alguns pressupostos básicos como o de que as interpretações e conceitos adotados pelos psicólogos perpassam teorias de saúde mental (SM) e trabalho (e por isso as principais teorias deste tema são discutidas na sessão do Referencial Teórico), como também se pressupõe que tais teorias nas quais se encontram as concepções destes profissionais guiam sua forma de atuação em termo de princípios e ênfases. Também se conjectura que as possibilidades e objetivos de cada serviço intervém direta ou indiretamente na atuação do profissional da psicologia, que pode ter suas ações direcionadas a determinadas intenções conforme legislação da área de ST e de forma específica à de cada serviço.

Diante disto, o objetivo geral desta pesquisa foi compreender as intervenções profissionais de psicólogos em CEREST, caracterizando suas concepções sobre saúde, SM e trabalho. Os objetivos específicos foram, portanto, compreender as concepções de psicólogos da CEREST sobre Saúde, SM e trabalho, identificar as intervenções em SM realizadas por esses profissionais em seus serviços, constatar os instrumentos utilizados por esses psicólogos, caracterizar percepções desses profissionais sobre CEREST e RENAST, e identificar as principais leis e portarias da RENAST sobre as responsabilidades e características dos serviços nos quais os psicólogos atuam.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção visa apresentar os principais temas envolvidos nesta pesquisa, de forma a abordar conceitos, aspectos históricos e importância dos assuntos apresentados. Para tanto, inicialmente há uma contextualização do tema trabalho de maneira geral, na sequência algumas aproximações do Trabalho com Saúde e SM, e apresentado as perspectivas teóricas predominantes na literatura científica destas duas últimas. Adiante, é apresentado brevemente a RENAST e o CEREST e após isso descrito sobre o papel do psicólogo na ST como um todo.

### 2.1 TRABALHO

“Mas ele desconhecia  
Esse fato extraordinário:  
Que o operário faz a coisa  
E a coisa faz o operário”  
(Operário em Construção - Vinicius de Moraes)

A amplitude de definições sobre o trabalho é destacada de forma extensa na literatura (CODO, SORATTO; VASQUES-MENEZES, 2004; DEJOURS, 2004; FIGUEIRAS; HIPPERT, 2002; JACQUES, 2003; TITTONI, 1994, ZANELLI, BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2014, entre outros). Estas inúmeras interpretações devem-se, em parte, a diversidade de dimensões humanas que o trabalho abarca. Por este mesmo motivo o trabalho pode ser visto e descrito por diferentes óticas como a partir de questões políticas, econômicas, filosóficas, psicológicas, sociais, entre outras (BENDASSOLLI, 2006).

Em termos de seus impactos, Zanelli, Borges-Andrade e Bastos (2014, s/p) descrevem que “o trabalho tem sido uma fonte de paradoxos para as pessoas e para a sociedade”, o que sintetiza como de fato trabalho adquire diferentes facetas. Além disto, para o trabalho ocorrer são necessários diferentes aspectos, a variar de contextos, tais como relações de produção, processos de trabalho, objetos de trabalho, como instrumentos, meios e modos de produção, força de trabalho, entre outros (FERRETI *et al*, 1998). Trata-se, portanto, de um fenômeno polissêmico.

Em meio a esse cenário amplo, a presente seção tem, então, o objetivo de trazer algumas das principais definições e compreensões sobre trabalho a partir de autores que são referência no assunto. A seguir, apresenta-se uma breve síntese das principais concepções de trabalho.

Borges e Yamamoto (2014) afirmam que há três visões predominantes sobre trabalho, sendo a visão Clássica, a Capitalismo Tradicional e a Marxista. A primeira, inserida no contexto de regime de trabalho de escravidão na Antiguidade, vê o trabalho como braçal e degradante, já na visão do Capitalismo Tradicional inserido no início do Capitalismo assume o trabalho como forma digna de conquistar ganhos materiais, precisando ocorrer em larga escala e de maneira coercitiva. A terceira visão, referente ao Marxismo, instala-se quando o Capitalismo já está consolidado e separado entre interesses do Capital e dos

trabalhadores, o trabalho é visto como estruturante da vida das pessoas, estruturante da vida das pessoas e também como mercadoria, assume também a descrição de monótono, submisso e alienante. Ferretiti *et al* (1998) acrescenta que no Capitalismo o trabalho confere valor de uso aos objetos, além de valor de troca e dessa forma cria um elo entre mercadoria – dinheiro.

Para além das escolas clássicas de compreensão sobre o trabalho, predomina o entendimento de que o trabalho existe apenas na espécie humana de modo intencional ao ser uma atividade essencialmente humana, exige conhecimentos, cognições e habilidades e tais recursos se constroem em meio a condições culturais, institucionais, materiais, econômicas, tecnologias, sociais e políticas. Em sua realização, o trabalho possibilita sobrevivência (pois é produto de venda e possui valor mercadológico) e também transformação da realidade (ZANELLI, BORGES-ANDRADE; BASTOS, 2014).

Em termos históricos, o trabalho existe desde os primórdios da vida humana, de forma que a história do trabalho se confunde com a própria história do homem e ambas se interligam (ANTUNES, 2002; BENDASSOLLI, 2009). O trabalho passou por diferentes etapas ao longo do percurso histórico mundial que implicaram em transformações. Estas alterações resultaram em as pessoas terem suas vidas e subjetividades interferidas pelo trabalho e assim criassem diferentes significados a ele, informação já trazida anteriormente e que tem como plano de fundo questões históricas, de forma que Borges e Yamamoto (2014, p. 25) reafirmam isto ao destacarem que “o trabalho é objeto de múltipla e ambígua atribuição de significados e/ou sentidos”.

Como visto na seção anterior, é também ao longo do desenvolvimento da história que o trabalho adquire demasiada importância na estrutura e na dinâmica da sociedade. Diversos autores (ANTUNES, 2002, BENDASSOLLI, 2011, BORGES; YAMAMOTO, 2014, CAVALHEIRO, 2010) afirmam que muitos fatores passam a interferir no trabalho e apontam o Capitalismo como um dos elementos de maior interferência, visto sua dimensão mundial e duração temporal. Além disto, o Capitalismo também criou novas formas de organizar, gestar e executar o trabalho, o que reverbera também em questões organizacionais e interpessoais.

Processos e características influentes do Capitalismo, como os citados anteriormente, passam a tornar o trabalho como central neste modelo econômico e também na vida das pessoas, sendo que nesse segundo âmbito a explicação deve-se dentre outros fatores, pela carga horária, uma vez que nesse sistema o tempo de vida dedicado ao trabalho é bastante expressivo, e também de espaço físico, *status*, identidade e impacto na vida do trabalhador (TAMAYO, 1999; CAVALHEIRO, 2010). Em meio a isso, a relação homem/trabalho se torna intrínseca e independente do local, do cargo, da nacionalidade, sequer importa se o sujeito está de fato trabalhando, pois, mesmo as pessoas que estão temporariamente desempregadas são impelidas pelas interferências dos significados sociais e culturais do trabalho (BENDASSOLLI, 2007), pois, o trabalho influencia os estilos de vida da humanidade e atualmente é uma das atividades mais relevantes do cotidiano do ser humano, firmando-se, assim, como a fonte principal de significados, seja para quem trabalha de maneira formal ou informal. Essa última questão demonstra mais uma vez o quão extensivo são as interferências do trabalho na vida em geral (ZANELLI *et al*, 2010) e também corrobora

que as organizações estruturam os sujeitos por meio de procedimentos relacionados ao trabalho como processos de educação e treinamento, valorização e orientação do desempenho, entre outros (TAMAYO, BORGES-ANDRADE; CODO, 1999).

Se antes havia absoluta convicção sobre a centralidade do trabalho no Capitalismo e sua sustentação de processos psicológicos fundamentais como a SM como aprendizagem, significados, atitudes e identidade (BENDASSOLI, 2011), hoje tais processos passam a ser relativizados a partir de próprios fenômenos do trabalho que sugerem/suscitam estes questionamentos. É o caso da Centralidade do trabalho, especificamente, que conforme Offe (1989), adentrou em declínio quando novos processos de trabalho foram incorporados pelo Capitalismo.

Conforme vem sendo exposto, o trabalho é problematizado na literatura por diferentes autores com perspectivas epistemológicas diferenciadas e também em momentos históricos, culturais e sociais distintos, como também a nível individual como social. Um breve exemplo é o questionamento de Antunes (2011) sobre a reverberação das alterações nos modelos de trabalho (como mudanças de ordem econômica e social, como a crise dos sindicatos, a diminuição da classe de trabalhadores - uma vez que altas cargas horárias de trabalho diminuem o número de postos de trabalho - a redução do contingente de operariado fabril, o desemprego estrutural e novas tecnologias) sobre o processo de enfraquecimento do modelo de trabalho tradicional como aquele formal em que há um vínculo entre trabalhador e empregador, regido por regras trabalhistas e que possui uma rotina de trabalho pré-estabelecida e convencional. Tais mudanças implicaram em alterações e novos processos de trabalho, identificados na a complexificação, heterogeneização, qualificação e desqualificação de diferentes instâncias, além do aumento do trabalho precário, temporário e parcial. É especialmente a partir destas mudanças que Antunes (2011) discute a metamorfose do trabalho e sua centralidade.

Alves (2005) realizou um estudo aprofundado sobre o cenário nacional diante do processo de reestruturação econômica do Brasil e suas repercussões no trabalho e afirmou que os processos de acumulação econômica geraram a precarização do mundo do trabalho, e que traz como consequências inúmeras metamorfoses do trabalho que repercutem nos trabalhadores e também para os sindicatos, tais como terceirização e superexploração. Para Seligmann Silva (2010) essa precarização é, na realidade, social e também subjetiva pois é multidimensional e altera a vida dos seres humanos dentro e fora dos espaços de trabalho.

A proeminência do trabalho na vida humana gera, assim, diversos significados que, segundo Blanch e Ribas (2003), podem ser representados na forma de um contínuo com três posições: um polo negativo, um centro e um polo positivo, sendo os três alternados durante a vida do sujeito. No polo negativo há a visão de trabalho associado a sofrimento, estigma e castigo, remetendo à própria origem do termo *tripalium*, termo em latim que se refere a um instrumento de tortura feito de três pontas aguçadas e com ferro (ALBORNOZ, 1986), e muitas vezes assumido como fator de risco para psicopatologias. No polo positivo o trabalho é visto como promotor de consequências positivas, como satisfação e atribuído à possibilidade de agregar à vida do sujeito de maneira benéfica, além de gerar reações favoráveis como



otimismo, satisfação, autorrealização, vínculos significativos e solidariedade. Entre os dois polos, estão os significados de forma instrumental, que dizem respeito ao sentido e ao valor de contrapartida dado a esta atividade, especialmente do ponto de vista econômico e de sobrevivência na sociedade capitalista (SILVA; TOLFO, 2012. TOLFO, 2015).

Para Seligmann Silva (1994) o trabalho pode interferir para construção do sofrimento psíquico e do Desgaste Mental. Para se assegurar de que alguma atividade laboral não trará tal dano é preciso atender a três requisitos: 1) o trabalhador poder interferir no planejamento de seu trabalho, questão que se refere ao requisito Poder; 2) o trabalhador ter Familiaridade na tarefa que executa e 3) considerar Limites Subjetivos, isto é, o quanto cada trabalhador suporta das demandas que lhe foram dadas.

Em termos de subjetividade os Sentidos e Significados buscam compreender as interferências do trabalho em dimensões idiossincráticas. Além disto, o fator caracterizante desta teoria é seu estudo a partir de diferentes perspectivas teóricas o que torna a discussão bastante frutuosa (TOLFO; PICCINNI, 2007). Existem, então, diversas perspectivas atuais que permitem abordar teoricamente e/ou intervir para a relação de trabalho e saúde. Porém, esse prisma foi subjugado por muitos anos devido a fatores históricos, culturais e sociais que contribuíram na manutenção da inexistência de ações e serviços do estado que compreendessem essa dinâmica (DIAS, 2010). Atualmente, é possível descrever que trabalho é um tema extremamente amplo e polissêmico, sendo que diversas ciências como Sociologia, Medicina, Antropologia e Psicologia se apropriam do conceito para buscar compreendê-lo (TOLFO, 2015) e para responder a questões como: que espaço o Trabalho ocupa na vida das pessoas? E em meio a esse espaço, que repercussões ele traz? As repercussões são negativas e/ou positivas? São interferidas por outros elementos? Entre outras indagações que trazem contribuições para tornar o campo científico do trabalho bastante proeminente.

## 2.2 SAÚDE

Trabalhar com questões humanas, seja a área em que for, exige de todo profissional uma imersão no seu campo de trabalho que é, ao mesmo tempo, um olhar de fora, mas também um olhar de dentro, pois se encontra na intersecção entre ser objeto e pesquisador no seu próprio campo de atuação e de pesquisa. Na área da saúde, especificamente, ao se trazer a ideia de “objeto de trabalho” à tona, percebe-se que o próprio conceito de saúde é poucas vezes questionado e sequer pensado mais detalhadamente no cotidiano profissional. Também há no campo da saúde diversas correntes de pensamentos acerca do que seria saúde, uma vez que a compreensão do termo é quesito básico para poder se pensar em políticas de assistência e garantia de direitos aos cidadãos, como anteriormente abordado. Assim, Saúde é um conceito bastante amplo, muito debatido e que segundo Paim (2009) pode ser concebido em três instâncias: como um estado vital, referente a um aspecto da vida; como um setor produtivo, isto é, uma área que profissões e serviços se

dedicam e como área de saber, ou seja, como campo científico de exploração e descobertas. É também uma questão vivenciada como individual e ao mesmo tempo como coletiva.

Pela sua complexidade, a saúde relaciona-se com determinantes sociais que são as condições de vida e de trabalho tanto individuais quanto grupais nos âmbitos da economia, cultura, étnico/racial, psicológico e comportamentais (BUSS, FILHO, 2007). Atualmente há um consenso quanto a importância destes determinantes para os níveis de saúde, e tal relevância levou à criação da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2006 que tem como objetivo produzir informações sobre determinantes sociais de saúde no Brasil, embasar políticas públicas da área e mobilizar a sociedade civil para contribuição diante dos determinantes. A criação do CNDSS teve influência da Organização Mundial da Saúde (OMS) em termos de compreensão de saúde, descrita adiante inclusive, como também como um preceito nacional após a Constituição Federal defender em 1988, a partir do artigo 196, a saúde como “um direito de todos e dever de Estado” (CONSTITUIÇÃO BRASILEIRA, 1988).

Ao abordar a Saúde identifica-se diversas definições que variam conforme contextos sociais, culturais e econômicas e que é estudada por vieses científicos, filosóficos, políticos, tecnológicos e práticos (SILVA FILHO, 2011). Dentre eles há três modelos básicos reconhecidos no imaginário social e pelas políticas públicas para se pensar a questão da saúde: o modelo biomédico, a definição da OMS e a saúde conforme propõe o SUS. Adiante, será descrito sobre os três modelos de compreensão sobre saúde e seus fenômenos relacionados.

Dos três modelos o primeiro identificado historicamente é o Biomédico, também é, em geral, o mais difundido socialmente por meio de uma visão mais antiga relacionada à saúde, emergente a partir dos séculos XVII e XVIII, efeito de pensamentos de filósofos como Galileu, Descartes e Newton. A partir de um modelo cartesiano desenvolveram-se teorias que concebiam a realidade do mundo como uma máquina, portanto, baseados em um modelo mecânico em que partículas se movimentam e interagem no espaço (CAPRA, 1982; BARROS, 2002). O modelo biomédico assume importância sobretudo no século XX junto ao modo tradicional de cuidado de saúde: clínico e realizado exclusivamente pela medicina.

Os reflexos do pensamento mecanicista nas ciências biomédicas advieram com a Revolução Científica, no século XIX. Nesse momento, a saúde foi entendida como os efeitos produzidos na relação médico-paciente, por meio da qual a compreensão da saúde era equivalente à ausência de doenças. Assim, de forma causal, quando uma afecção ou doença invadia o organismo, acreditava-se que seriam necessárias intervenções tecnológicas/medicamentosas para expulsá-la do organismo (BARROS, 2002).

O modelo biomédico de saúde foi aceito por dois séculos como saber absoluto pautado na medicina (sem entrar no mérito do papel do saber popular, a medicina alternativa e a interferência místico-religiosa). Nesta perspectiva, a saúde é vista a partir dos aspectos essencialmente biológicos, descentralizando fatores externos, como questões sociais ou culturais. Em resposta a isso, é dada grande importância ao diagnóstico e ao processo de cura, de forma objetiva. A doença é vista como consequência biológica do funcionamento inadequado do organismo. Esta perspectiva é bastante criticada por dar ênfase apenas a aspectos biológicos, químicos e que assim situavam a saúde como algo apenas individual. Ainda,

suas teses são questionadas por diversas teorias e autores e por meio de tais críticas e fenômenos sociais e culturais o modelo biomédico perde sua força com a emergência de correntes de pensamento distintas (SAMPAIO; LUZ, 2009).

Fruto dos supracitados questionamentos emergiu um novo modelo, numa perspectiva biológica, mas também psicológica e social. Desse modo, o sujeito teria papel ativo em seu estado de saúde, embora também devesse receber proteção do Estado. O modelo pautou discussões no mundo todo, inclusive merecendo intervenção da OMS, uma instituição sanitária integrada a Organização das Nações Unidas (ONU). O conceito foi definido em 1946, nos Estados Unidos, envolvendo representantes das Nações Unidas e foi escrito em textos idênticos em cinco línguas: chinesa, espanhola, francesa, inglesa e russa. Conforme a OMS (1946, s/p), saúde seria “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”, definição esta que entrou em vigor em 1948 e permanece como definitiva para a organização até os dias atuais.

Embora à frente de seu tempo, para a década de 1940, atualmente esse modelo é considerado, muitas vezes, retrógrado e ultrapassado (DONNANGELO, 1979). Nesse sentido, Dejours (1986) alerta que a saúde é um conceito essencialmente subjetivo, uma vez que diz respeito às especificidades e particularidades de cada sujeito. Para o autor, os principais problemas do modelo proposto pela OMS é a utopia da noção de um “completo bem-estar”, como noção fixa e pré-estabelecida, porém, pouco específica.

A definição da OMS também é similar às perspectivas atuais, pois conforme Cavalheiro (2010), os modelos explicativos de saúde-doença mais recentes trazem uma visão que contempla diferentes aspectos humanos, como exemplo a esfera psicológica e social, entre outras. No entanto, este modelo foi visto como inatingível ao tratar de um estado considerado como inalcançável para qualquer ser humano (SEGRE; FERRAZ, 1997). Entretanto, tal perspectiva recebeu diversas críticas sobretudo por ser vista como utópica. Uma destas críticas foi realizada por Canguilhem (1995), autor importante na área de transtornos e doenças psicológicas, que afirma que tanto a saúde, como também a doença, compõem o processo da vida humana e estão contidos um no outro, dessa forma, excluir um na definição do outro é priorizar apenas um desses aspectos. O autor também expõe que saúde tem relação com poder ficar doente e se recuperar disto, ainda, expõe que ser ou estar doente não é de forma alguma algo anormal como a definição da OMS supõe. Como Canguilhem (1995) supõe é necessário pensar saúde e doença como uma correlação ocorrida em um cenário que é social e ao mesmo tempo idiossincrático.

Em resumo, Dejours (1986) ao se posicionar a respeito da definição polêmica sobre saúde produzida pela OMS (1946) possui uma concepção distinta e compreende que a saúde é um caminho e não um resultado que busca o bem-estar físico, psíquico e social. Embora de influência mundial a definição de saúde da OMS (1946) possui ressalvas apontadas por estudiosos. O modelo proposto pela OMS, no entanto, foi um importante precursor da já abordada Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) no que compete à área da saúde, uma vez que a Constituição destaca a saúde como um direito social fundamental de todo cidadão e dever do Estado: “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o

trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, artigo 6º).

Além disto, a Seção II da Constituição Federal (BRASIL, 1988), referente aos artigos 196 a 200, aborda especificamente a “Saúde” como temática. Em termos de definição interessa, particularmente, o artigo 196 (BRASIL, 1988): “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Com isso, é possível verificar que, para a Constituição Federal (BRASIL, 1998), saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. Para tal, prevê o acesso à saúde de forma gratuita como direito do trabalhador (artigo 7º; artigo 40, IV/III), pessoas com deficiência (artigo 23, II), usuários da seguridade social (artigo 194) e crianças e jovens (artigo 227), garantidos preferencialmente pelos Municípios e Estados, e caso seja necessário, com intervenção da União. Posteriormente, outras Políticas Nacionais foram implementadas de modo a valorizar as especificidades de outros públicos, como idosos, doentes crônicos e usuários da rede de SM, que não serão aprofundados nesse momento por valorização do recorte teórico da pesquisa.

O modelo biopsicossocial foi, inclusive, material base para os movimentos de trabalhadores e sociedade civil nos anos 80 que, em 1990, deram origem à Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), Lei 8.080/90, que estabelece os princípios formadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente é essa a principal referência para se pensar saúde no Brasil.

Esta discussão possui paralelos com o campo da Saúde Pública e/ou Coletiva, que teve um trajeto para pensar e criar o SUS e que se compõem como campos homogêneos, porém, com discursos e fundamentos epistemológicos distintos. A Saúde Coletiva mostra-se cada vez mais como uma forma de olhar, um olhar que é amplo e fornece base para compreender processos de saúde-doença, já a Saúde Pública configura-se um modo de fazer, que se baseia em dados estatísticos da população para planejamento de ações voltadas à cada especificidade, além disso, compreende a Saúde como um direito do ser humano. Além disto, a Saúde Pública possui paridade com o Estado e seus interesses (ALMEIDA FILHO; PAIM, 1999). Tanto a Saúde Coletiva quanto a Pública constroem-se por e com saberes distintos, o que dá a ambas o caráter multi e itnerprofissional.

A formação do SUS aconteceu com base em três princípios, o da universalidade, da igualdade e da integralidade (BRASIL, 1990, artigo 7º), o que significou a garantia de acesso à saúde por parte de todos os cidadãos e não apenas aqueles com vínculo empregatício formal, vinculados à Previdência Social. É possível pensar a noção de saúde proposta pelo SUS, principalmente, no que diz respeito ao princípio da integralidade (BRASIL, 1990, artigo 7º, II), “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”. A integralidade prevê o atendimento integral ao ser humano, entendendo-o como um sujeito biopsicossocial, como previa também o modelo proposto pela OMS, porém com o acréscimo do reconhecimento do sujeito enquanto ser humano integral.

A integralidade também diz respeito a um conceito de saúde que abrange não apenas as práticas assistenciais, interventivas na doença, mas também de promoção e prevenção em saúde. Conforme exposto no artigo 5º, a respeito dos objetivos do SUS, tem-se como compromisso “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990, artigo 5º, III). Isso abrange necessariamente os vários níveis de complexidade.

No Brasil, a principal definição de âmbito territorial é dada pela Lei Orgânica de Saúde, reguladora dos serviços e ações do SUS, em 1990. Na lei a saúde é definida como resultado das características sociais e econômicas do país e condicionadas aos seguintes fatores: “alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990, s/p).

Assim, a legislação do SUS define saúde a partir de seus determinantes e contempla que a organização econômica e social do país indica os níveis de saúde de sua população. Esta definição é, portanto, bastante ampla e não localiza a saúde no sujeito, mas sim a vê como um processo em decorrência de condições de vida e do cotidiano.

Por meio deste tópico foram apresentadas, sinteticamente, três principais visões sobre Saúde, que pode ser, ainda, contemplada sob a perspectiva da condição física e psíquica, psicológica e/ou mental. Dado o interesse e o foco do estudo ser sobre SM o próximo tópico aborda este tema, articulando-o à interferência que o trabalho que causa.

### 2.3 SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Definir SM é, outrossim, uma tarefa fastidiosa, não exclusivamente para esta dissertação, mas para toda a área de conhecimento que se dedica a estudá-la e que se vê diante de uma imensidão de fatores e fenômenos interligados que exigem cuidado para não gerar reducionismos ou generalizações. Nesta vastidão, uma das associações feitas à SM é a de ser um estado e dimensão da saúde, atribuição feita por autores como Almeida Filho, Coelho e Peres (1999). Em outros fragmentos, há a associação da SM a uma área de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas, como é o caso de Amarante (2007), autor nacional expoente na área, compreende a SM a partir de uma lógica de serviço de cunho também social e assim auxilia a demarcar uma construção que se opõe a visão praticamente inquestionável que havia até então. Saraceno (1999) também vê a SM como área de intersecção de fatores psicossociais resultante de interferências sociais, políticas, econômicas, culturais, ou seja, em uma visão muito próxima a dos Determinantes Sociais de Saúde comentado anteriormente. Assim, ambos os autores trazem a compreensão da SM não pelo âmbito individual, mas sim macrossocial.

A área de SM tem buscado, ao longo dos anos, se desassociar de significações negativas que adquiriu outrora, tais como sofrimento mental, doenças mentais e psicopatologia. Esta dissociação pode

possibilitar cada vez transformar a concepção de SM à um processo dinâmico e multifacetado do ser humano.

Assim como os dois primeiros tópicos, ao ser altamente complexa e ampla a SM é um tema que pode ser estudado sob diferentes perspectivas e áreas de conhecimento (AMARANTES, 2007). Para chegar a estas duas características – complexificação e amplitude - a SM passou por diversos momentos, desde o desconhecimento de processos mentais fora dos padrões sociais e por consequência sua atribuição à comumente chamada “loucura” e tratada de forma severa e áspera. Em âmbito nacional, a Lei 10.216 (BRASIL, 2001) foi um marco para auxiliar em mudanças no processo de mais humanização e entendimento social de transtornos mentais. Esta lei reconheceu que todo indivíduo em sofrimento mental tem direito a acessar serviços para recuperação de sua SM, o que inclui os transtornos mentais relacionados ao trabalho, pelo fato da SM estar sob interferência de diferentes aspectos humanos, sendo um deles o trabalho como descrito na Lei Orgânica já comentada (BRASIL, 1990).

Essa interferência gera uma relação entre processos de saúde e de doença que se expressam em fenômenos mentais. No entanto, foram necessários muitos anos para que se percebesse essa relação e a necessidade de agir sobre ela, sendo que a área da ST também permaneceu como teórica por muito tempo até se consolidar como campo de intervenção (JACQUES; CODO, 2002). No campo da Psicologia, Tamayo, Borges-Andrade e Codo (1999) afirmavam que até a década de 1990 as categorias SM e Trabalho ainda não haviam sido bem articuladas pela Psicologia, e embora atualmente sejam expressivos os estudos sobre o tema (CODO, 2002; DEJOURS, 2004; GOMES; LACAZ, 2005; JACQUES, 2007; ZANELLI, 2010) ainda há muitas lacunas.

De acordo com Borsoi (2007) transformações atuais nas dinâmicas e significados do trabalho contribuíram para esta compreensão e tornaram fundamental aprofundar a discussão sobre a relação entre SM e trabalho. Por seu lado, os dados da área têm tornado essa preocupação fundamental pois os Transtornos Mentais Relacionados ao trabalho (TMRT) atualmente atingem um número altamente significativo entre os trabalhadores, em termos mundiais os números são entre 5 a 30% segundo dados da OMS (2013) e no Brasil os TMRT são a terceira causa de concessão de auxílio doença conforme dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Os TMRT são responsáveis não apenas por um alto número de licenças como também de invalidez. Apesar disto, iniciativas para registro, acompanhamento e especificamente ações de prevenções de TMRT são incipientes no Brasil, o que se explica pelo quantitativo elevado de limitações tanto teóricas quanto metodológicas na efetivação de serviços de SM e ST. Em termos gerais, 9% dos afastamentos de trabalho formais (com auxílio-doença) são em decorrência de adoecimento mental.

O levantamento realizado em 2017 pelo Ministério da Saúde, acerca dos auxílios-doença emitidos, traz os transtornos depressivos no topo da lista mesmo quando não se tem como justificativa para o afastamento acidentes de trabalho, representando 30,67% dos casos. O segundo lugar é dos transtornos ansiosos, correspondendo a 17,9% dos casos de afastamento. Com relação aos acidentes relacionados ao

trabalho, estresse grave e transtornos de adaptação e transtornos depressivos e de ansiedade corresponderam a 79% dos afastamentos entre 2012 e 2016 (LEITE, 2017).

No Brasil, o Ministério da Saúde, na pessoa do coordenador de SM, Quirino Cordeiro, atribui a responsabilidade destes dados às condições dos ambientes e dos processos de trabalho, fazendo referência tanto à organização quanto às condições. Quirino afirmou que

Situações de grande estresse no ambiente de trabalho com carga horária elevada, com um ambiente de trabalho que exige do trabalhador um desempenho além do que é possível, situações de assédio moral, de assédio sexual, são situações que comprovadamente estão relacionados com o aumento da prevalência de transtornos mentais (Cordeiro apud LEITE, 2017, *online*).

Esta fala de uma autoridade atualmente para a SM do trabalhador no Brasil remonta à discussão longínqua e já citada anteriormente a respeito das entre relações de fatores do trabalho com o desencadeamento de processos de sofrimento mental, que tem auxiliado, possivelmente, no aumento do TMRT, que são cada vez mais crescentes (BRASIL, 2002a).

No entanto, em 2013 o relatório da Organização Mundial do Trabalho (OIT) ainda reconhecia os transtornos mentais relacionados ao trabalho como relativamente novos em relação a patologias de ordem físicas. Fato é que tais transtornos decorrem da articulação de seis principais questões, conforme Seligmann-Silva (1994), sendo eles 1) a esfera Internacional que refere-se a divisão da renda, do poder e também do trabalho entre países com diferentes condições sociais e econômicas; 2) esfera nacional: referente aos aspectos políticos e econômicos de cada país, além de suas leis trabalhistas; 3) Condições gerais que podem elevar ou atenuar o desgaste dos trabalhadores, tais como saneamento básico, alimentação, transporte e moradia; 4) Empresas, pois nelas existem aspectos importantes como a relação de trabalho, ações de gestão e recursos humanos; 5) Âmbito microssocial, como dinâmicas intersubjetivas dos trabalhadores. O sexto e último tópico é referente aos Aspectos individuais de cada trabalhador, como história de vida. Estes aspectos demonstram a extrema complexidade da rede de determinantes que estruturam a relação entre saúde e trabalho.

No contexto brasileiro o Ministério de Saúde reconhece possíveis relações de SM e Trabalho (BRASIL 1999, 2002) e destaca diversos aspectos negativos deste último que podem repercutir na SM do trabalhador, tais como condições de trabalho, (exemplo: longas jornadas de trabalho, ambiente insalubres) e também a materiais (exemplo: metais pesados e solventes). Sendo essa discussão longa e contínua.

Dentre as diversas e possíveis explicações sobre a relação de SM e trabalho há teorias que agregam informações a partir de diferentes perspectivas e que são reconhecidas como relevantes para a melhor compreensão do assunto. As teorias a serem apresentadas são as Teorias sobre Estresse, a Psicodinâmica do Trabalho, o Modelo Epidemiológico/Diagnóstico citadas por Codo, Soratto e Vasques-Menezes (2004) como as teorias mais profícuas no Brasil sobre o tema. Também será descrito sobre Subjetividade e Trabalho apontado por Jacques (2003) como uma quarta teoria relevante sobre o assunto, além da teoria da Ergologia do Trabalho, também referência para compreensão do trabalho e do

trabalhador. Entretanto, este estudo não seguirá sua escrita e análise pela ótica de uma das abordagens, mas as apresenta as mesmas para evidenciar formas de compreensão sobre SM e trabalho e também para relacionar tais teorias aos resultados obtidos.

Em primeiro, será discorrido a respeito da Teoria sobre Estresse. Para tratar do estresse relacionado do trabalho, a teoria reconhece o estresse em suas características gerais a partir de estudos que se intensificaram após a Segunda Guerra Mundial e que reconhecem o estresse como uma “síndrome específica, constituída por todas as alterações não-específicas produzidas num sistema biológico” (SELVIE, 1965, p. 65), ou seja, o estresse não é uma doença e sim uma tentativa de adaptação do sujeito às demandas do trabalho. Esta definição o relaciona a reações fisiológicas, biológicas e comportamentais diante de situações que exigem mais do que o ser humano está apto a lidar, é, então, essencialmente adaptacionista. Limongi-França (2005) também fala a respeito dessa característica fisiológica, afirmando que o estresse é um estado do organismo que surge após o mesmo ter realizado diversos esforços para adaptar-se e que pode gerar consequências como a reprodução de deformações na capacidade mental e afetiva do indivíduo, é também um estado intermediário entre saúde e doença e no caso de contextos de trabalho, o estresse indica as situações que foram vivenciadas naquele contexto (CODO, SORATTO; VASQUES-MENEZES, 2004). Zanelli *et al* (2010) frisa que o processo de adoecer é altamente complexo e ao se referir ao estresse, este é uma alteração no organismo, após um esforço de adaptação e que pode produzir deformações na capacidade do sujeito e assim alterar seus comportamentos.

Deste modo, o estresse pode estar relacionado ao Trabalho e neste caso diz respeito a situações que o trabalhador percebe que o contexto de trabalho ameaça a sua saúde física ou mental e pode prejudicá-lo de alguma forma. Esta percepção interfere na forma com que o trabalhador lida com o contexto de trabalho (FIGUEIRA; HIPPERT, 2002). Atualmente o Estresse tem sido visto como um fenômeno biopsicossocial inerente aos espaços de trabalho, que acarreta graves adoecimentos e que se explica pelo crescente ritmo, exigências e sobrecargas no ambiente de trabalho (ZANELLI *et al*, 2010).

O Trabalho pode expor a diversos estressores que vão desde os situados especificamente no sujeito: sintomas físicos e psicológicos como também mudanças fisiológicas, como também fatores externos ao sujeito relacionados às condições ambientais (ruídos, iluminação, poluição, falta de recursos adequados entre outros) e de exigências do trabalho em termos físicos e mentais (como atividades repetitivas ou monótonas, interrupção das tarefas, demandas excessivas, pressão do tempo) que possam atuar como agentes estressores (FIGUEIRAS; HIPPERT, 2002; REIS, FERNANDES; GOMES, 2010). Os estressores demonstram que o estresse pode decorrer de diferentes ordens e situações, e alguns deles podem auxiliar no desencadeamento de psicopatologias (ROSSI, PERREWE&SAUTER, 2009).

Além de compreender os estressores, a Teoria sobre Estresse estuda suas consequências, compreendendo os diversos mal-estares considerados como possíveis manifestações relacionadas ao estresse, tais como Depressão e Ansiedade bem como suas consequências comportamentais (CODO, SORATTO; VASQUES-MENEZES, 2004). Porém, essas condições podem ser interpretadas de formas distintas por diferentes trabalhadores, a depender das consequências emocionais relativas ao estresse e



também às formas de enfrentamento utilizada por cada indivíduo. Desta forma, a teoria compreende que há questões ligadas ao indivíduo (em suas habilidades para lidar com o estresse) e não apenas no contexto de trabalho.

A teoria preza que o ambiente do trabalho deveria ser tranquilo, com um nível adequado de conflito para então assim possibilitar o equilíbrio humano. A questão do equilíbrio também ganha importância na teoria, que afirma que o homem necessita estar em equilíbrio com a natureza e precisa adaptar-se a ela (CODO, SORATTO, VASQUES-MENEZES, 2004). Embora a Teoria sobre Estresse reconheça a interpelação entre estresse e Trabalho, ela afirma que esta relação não é necessariamente direta, e sim é mediada por variáveis que interferem nessa relação, como aspectos individuais que acentuam ou amenizam os efeitos do Estresse.

Com vistas a contribuir para a compreensão de seu objeto de estudo, a teoria produz materiais científicos a respeito, estes materiais predominantemente embasados no referencial teórico cognitivo comportamental e o método utilizado é prioritariamente quantitativo com utilização de instrumentos como escalas padronizadas, que buscam compreender a incidência. Também é expressivo o quantitativo de estudos feitos por Lipp (2003; 2004), pioneira no país, e também por Limongi-França e Rodrigues (2007) e Limongi-França (2012) que ao estudar qualidade de vida no trabalho compreende os fatores psicossociais relacionados ao estresse. Outros exemplos de estudos no âmbito nacional são as realizadas Scheila Murta juntamente com Jacob Ari Laros e Bartholomeu Torre Troccoli (MURTA, LAROS; TROCOLLI, 2005) que relatam dados quantitativos de intervenções cognitivas-comportamentais em participantes com sintomas e/ou diagnóstico de Estresse Ocupacional, sendo essas estratégias vistas como passíveis de minimização do impacto negativo dos estressores do trabalho. Assim, uma parte considerável dos estudos dedica-se a identificar as características do trabalhador estressado e intervir diretamente junto a ele.

A Teoria de Estresse tem se consolidado cada vez mais, impulsionada pelo fato de que cada vez são maiores as condições e repercussões do estresse nos espaços de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores (CODO, SORATTO; VASQUES-MENEZES 2004), o que é identificado por meio de taxas de absenteísmo, alta rotatividade, entre outros, além do impacto econômico gerado.

Outra abordagem que aborda trata do tema SM e trabalho é a Psicodinâmica do Trabalho, uma das quatro clínicas do trabalho, que foi concebida por Cristophe Dejours, principal autor da teoria. Em um primeiro momento, a teoria buscava uma análise dinâmica de confrontações psicológicas do sujeito em relação ao seu trabalho e que permitiu que Dejours identificasse duas questões: a primeira relativa à psicopatologia por meio da qual constatou que o sofrimento psicológico ocorre na esfera individual (indivíduo-trabalho), já as questões referentes ao trabalho ocorrem em uma dimensão coletiva (indivíduos-trabalho), o que demonstra diferentes faces de ação e repercussão do trabalho. Dejours não encontra evidências diretas entre o adoecimento e o trabalho e cria então a Psicodinâmica do Trabalho. Essa mudança consiste no fato de que a Psicopatologia do Trabalho buscava compreender o que adoecia o trabalhador e a Psicodinâmica do Trabalho busca estudar como este trabalhador continua a trabalhar

mesmo em meio a adversidades, Dejours de fato encontrou informações sobre ambas e desenvolveu evidências nesta segunda perspectiva (MERLO 2002).

A Psicodinâmica do Trabalho leva em conta o sofrimento humano vivenciado no trabalho, afirmando que a carga de trabalho pode ser tanto física quanto mental. Esta compreensão se deu principalmente a partir da modernização na indústria do século XIX, período em que os trabalhadores estavam muito suscetíveis a acidentes de trabalho, dadas as precárias condições (do ambiente físico e infraestrutura) e organização (referente à carga horária, salários, aspectos subjetivos) do trabalho nos espaços das fábricas (DEJOURS, 1986).

A melhoria nas condições de trabalho nas fábricas, com estabelecimento de normas básicas para infraestrutura, delimitação de horários e carga horária são fruto de lutas operárias pós Primeira Guerra Mundial, visando prevenir acidentes e doenças decorrentes do trabalho e do ambiente de trabalho, bem como garantir assistência em tais situações (DEJOURS, 1986). Dejours (1986) considera que o adoecimento do corpo precede o psíquico e é com base nisso que propõe se pensar em uma clínica do sofrimento psíquico no trabalho – e, por consequência, em uma psicopatologia do trabalho. O autor crê que as organizações tolhem a subjetividade de seu trabalhador, separando sujeito de trabalhador e colocando este como “subordinado” do seu trabalho.

Assim, Dejours (1986) questiona o conceito de normalidade no sofrimento psíquico e salienta que a noção de normal *vs.* anormal, mais do que ter a ver com um equilíbrio do sujeito para manter-se em posição de bem-estar, tem relação com o sofrimento, que virou regra e não mais a satisfação do sujeito no ato do trabalho. Assim, volta-se para o estudo das defesas psíquicas do trabalhador ao lidar com o sofrimento no trabalho. Isso se vincula a fatores psicológicos do próprio sujeito, mas também a fatores sociais, históricos e laborais. Por fim, o que Dejours (1986) quer apontar é que a saúde/doença no trabalho se refere essencialmente às estratégias psicológicas elaboradas pelos sujeitos para darem conta ou não de equilibrar sofrimento com prazer.

A teoria, descreve, sobretudo, sobre centralidade do trabalho no funcionamento psicológico dos seres humanos, destacando que o Trabalho é operador essencial na construção do indivíduo, com relação direta com a subjetividade, e que atua como mediador entre inconsciente e o campo social e também sobre o nível de saúde do indivíduo. Devido a essa proeminência, o trabalho relaciona-se aos diversos aspectos constitutivos do sujeito, inclusive a SM (DEJOURS, 1992). Nesta teoria o trabalho possui várias faces, que contempla desde sua instrumentalidade, uma vez que permite ganho financeiro e organiza a vida por meio de uma rotina, como também exige diferentes capacidades humanas, como força do corpo e interpretação e, fundamentalmente, as habilidades de pensar, inventar e também de sentir (DEJOURS, 2004, p. 27).

Em suas pesquisas e observações no contexto de organizações francesas do século XX Dejours (1992) observou que os trabalhadores estavam em sofrimento e ainda assim permaneciam em seus postos de trabalho e reconheceu, então, que o sofrimento é de fato inerente ao trabalho e diz respeito a um estado de luta do indivíduo contra questões que podem levar até a doença mental. Porém, o sofrimento não é descrito como necessariamente patogênico, ou seja, o mesmo autor percebeu dois tipos de sofrimento

distintos, o Sofrimento Criativo e Patogênico. O Criativo é decorrente do sofrimento transformado em criatividade e que beneficia a identidade do trabalhador e a criação de resistências ao adoecimento psicológico, porém, o sofrimento torna-se patogênico quando as defesas individuais e coletivas falham. Este segundo tipo de sofrimento distancia o homem do prazer e a única forma do ser humano não sofrer seria sublimar este sofrimento. O fato de haver os dois tipos de sofrimentos descritos por Dejours (1992) demonstra que o trabalho tem o potencial de gerar consequências positivas como também negativas. Já a diferença das vivências de sofrimento depende de fatores individuais (história de vida e características pessoais) e também sociais (relações interpessoais no trabalho e características do espaço de trabalho) (CODO, SORATTO; VASQUES, MENEZES, 2004).

Dejours (1992) percebeu, ainda, que determinados aspectos do trabalho desencadeiam "estratégias defensivas" para o trabalhador lidar e suportar as demandas do trabalho e podem também causar formas de somatização, um processo relacionado a saúde que consiste em queixas físicas cujo a origem não é orgânica e sim contextual. A somatização pode ser causada após o trabalhador utilizar estratégias defensivas para lidar com determinados aspectos do trabalho.

Outro pressuposto da Psicodinâmica é que o trabalhador não é passivo diante das demandas do trabalho; ele produz interpretações a esse respeito e pode agir sobre o próprio processo de trabalho. Isso não elimina o fato do trabalhador ser visto nesta teoria de forma não isolada e sim considerado junto aos pares, em meio a hierarquia e subordinação. Essa sentença é de fundamental importância para a caracterização da Psicodinâmica e revela assim a importância que a teoria dá para as características da organização do trabalho. Nesta perspectiva o formato do trabalho pode interferir no funcionamento psicológico do trabalhador. Pois, Dejours (2004) acrescentou que diferentes fatores da organização do trabalho podem criar um paralelo entre o polo positivo e o negativo do Trabalho e pode gerar o pior e o melhor, expressos pelo sofrimento patológico e criativo, descritos.

Embora a relevância dos estudos de Dejours (1986) para se pensar as interferências do trabalho nos processos de saúde e doença, o autor não aborda especificamente que transtornos seriam consequências do trabalho. Assim, o trabalho perpassa diferentes modos nesse processo e é visto como fonte de sofrimento, porém, não é a única fonte, pois a teoria afirma que o sofrimento faz parte da vida humana. Porém, embora não "cause" psicopatologias (pois para a Psicodinâmica a gênese disto está nas rupturas ocorridas na infância (DEJOURS, 2007) o Trabalho não é visto como neutro em relação a saúde e sim como mediador desta. Referente a saúde, a abordagem descreve que essa é "a existência da esperança, das metas, dos objetivos que podem ser elaborados. É quando há desejo" (DEJOURS, DESSORS; DESRIAUX, 1993, p. 101). Assim, Psicodinâmica do Trabalho vê a saúde não como um estado e sim uma busca contínua por equilíbrio (DEJOURS, 2004).

A forma de intervenção privilegiada por autores como Dejours é coletiva, por meio da escuta do sofrimento, da compreensão da busca de mecanismos defensivos e defesas individuais e coletivas desenvolvidas pelos trabalhadores. A Psicodinâmica do Sujeito, também é método de pesquisa intervenção sobre questões subjetivas relacionadas ao trabalho, por meio da qual todas as repercussões do trabalho

devem ser compreendidas (CODO, SORATTO; VASQUES-MENEZES, 2004). No entanto, no Brasil não são comuns as iniciativas de uso do método original da Psicodinâmica do Trabalho, Merlo e Mendes (2002) comprovam isso e afirmam que a teoria é utilizada no país prioritariamente como referencial teórico. No entanto, mais recentemente algumas iniciativas práticas têm surgido, como as de Bottega e Merlo (2016) que utilizaram a Psicodinâmica do Trabalho como embasamento para atendimentos à 24 trabalhadores usuários de um ambulatório de doenças do trabalho, isto é, tal iniciativa foi no SUS. Coerente a teoria, o trabalho executado pelos autores priorizou a escuta das demandas dos participantes e também a discussão coletiva para repensar práticas cotidianas no trabalho. Quanto aos estudos, estes são predominantemente qualitativos e os pesquisadores expoentes nessa área são Merlo (2002) e Mendes (2007) que descrevem isoladamente ou em conjunto (MERLO; MENDES, 2009) sobre diferentes aspectos da Psicodinâmica do Trabalho. Como conclusão, percebe-se que os achados de Dejours (1992) compõem as pressuposições da Psicodinâmica do Trabalho em relação ao trabalho que ganharam destaque a nível mundial e como visto sua questão central é analisar o trabalho pela ótica subjetiva.

A terceira teoria a ser apresentada é a Epidemiologia, que é uma área do conhecimento dedicado a compreender a distribuição de acontecimentos ou estados relacionados à saúde de determinados grupos (BONITA *et al*, 2010). Deste modo, a Epidemiologia é a ciência que estuda as doenças transmissíveis e não transmissíveis, abordando taxas de morbidade e mortalidade, agravos, etc., para mapear uma dada população e oferecer sustentação na sugestão de políticas voltadas à recomendação e adoção de medidas que previnam e controlem doenças e agravos nessa população, a partir de dados diagnósticos (BRASIL, 1990, artigo 6º, II). Na especificidade do trabalho, visa descrever e analisar pontos em comum entre processos desenvolvidos entre grupos de trabalho/trabalhadores (SOUZA, 2012).

O principal órgão que adota esta perspectiva e gera dados epidemiológicos no Brasil é o SUS, via Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), que agregou as preocupações com a ST às práticas da vigilância epidemiológica e sanitária por meio de orientações às organizações e fiscalização nos ambientes de trabalho. A Lei preconiza que a epidemiologia seja referência para estabelecer prioridades e alocar recursos destinados à saúde pública, principalmente quanto aos determinantes dos agravos à saúde, em geral notificados como acidentes de trabalho e doenças ocupacionais.

A origem da Epidemiologia data de 2.000 anos com o filósofo Hipócrates que realizava observações sobre a interferência de fatores ambientais na ocorrência de doenças. Porém, apenas no século XIX e com a influência de John Snow que esta área tomou proporções maiores, características próprias e obteve avanços para a sociedade (BONITA *et al*, 2010). As primeiras aplicações da teoria visavam o controle de doenças transmissíveis e posteriormente visavam o estudo de relações entre condições ambientais e determinadas doenças.

Esta perspectiva considera que as doenças surgem na interação entre fatores genéticos e ambientais, sendo este último composto por fatores culturais, econômicos, psicológicos e sociais. Em meio a isso, os estilos de vida e comportamentos são fundamentais na compreensão dos processos de saúde e doença. Por estes motivos, a Epidemiologia preocupa-se em estudar a relação entre esses fatores e

determinadas doenças e a própria etimologia do termo (*epi* “sobre”, *demos* “povo”, *logos* “estudo”) que já indica essa possível relação, advertindo que é um estudo do povo, uma vez que estuda características sociais que repercutem e ao mesmo tempo caracterizam processo de saúde e doença (BONITA *et al*, 2010). Assim, a Epidemiologia é de fundamental importância para a saúde pública pois estuda a influência entre os fatores supracitados e a possibilidade de intervenções preventivas e de promoção de saúde.

A área tem obtido diversas conquistas e descobertas (exemplos: compreensão sobre o perfil epidemiológico da varíola e da AIDS) e estes achados são utilizados no embasamento de ações de prevenção para questões de risco à saúde humana, o que aproxima novamente a Epidemiologia do campo da saúde pública. Em meio a essa amplitude, esta teoria assume a interdisciplinaridade afirmando que é necessária para compreender todas as esferas envolvidas nos diferentes quadros epidemiológicos (sendo esses os fatores comentados acima: culturais, sociais, biológicos, entre outros), porém, a maioria das doenças tem relação com fatores ambientais (BONITA *et al*, 2010).

Os estudos utilizam predominantemente os métodos quantitativos, apoiados em conceitos e instrumentos da matemática, e alguns dos pesquisadores expoentes da área em âmbito nacional são Bonita *et al* (2010), Almeida Filho e Rouquayro (2006), Medronho *et al* (2009) e Codo (2004), que buscam identificar psicopatologias de determinadas profissões, sendo que a maioria dos estudos busca por nexo causal entre sintomas psicológicos e as situações de trabalho. Alguns dos achados dos estudos dessa área são a descoberta da síndrome do trabalho vazio em bancários e histeria e *Bournout* em trabalhadores de educação infantil.

Em resumo, a Epidemiologia estuda a relação entre fatores no desencadeamento de doenças, em meio a multiplicidade de fatores o trabalho é assumido como um fator da vida humana que pode interferir sobre o processo de doença (BONITA *et al*, 2010), de forma a existir estudos nesta teoria que analisam e descrevem processos de saúde e doença em diferentes profissões. Retomando Souza (2012), a epidemiologia voltada ao Trabalho pode ser uma forma multidisciplinar de responder de modo considerado efetivo à demandas do campo da ST.

A quarta teoria é sobre Subjetividade e Trabalho, que emergiu no Brasil na década de 1980 e que busca compreender o trabalhador a partir de suas experiências em relação ao trabalho. O trabalho é entendido, então, como eixo norteador de aspectos sociais, econômicos, culturais e subjetivos (JACQUES, 2003). Os princípios da teoria são baseados em pressupostos marxistas ao considerar determinantes históricos e sociais do processo de SM dos trabalhadores, além de fatores relacionados à subjetividade de cada trabalhador (cotidiano, rotina, entre outros). Também se aproximam da Psicanálise, ao utilizá-la para ampliar o campo de conceituações.

Segundo TITTONI (1994) nessa teoria interessa saber as vivências de sofrimento, por meio da fala do próprio trabalhador, das relações, atividades e ambiente de trabalho, porém, não são realizados diagnósticos clínicos. A teoria também considera aspectos de dimensões maiores ao evidenciar que aspectos macrosociais interferem nas ações dos trabalhadores e também revela os aspectos psicológicos envolvidos, isso é visto em meio ao que os autores chamam de Indivíduo-coletivo e Objetivo-Subjetivo

(NARDI, TITTONI; BERNARDES, 1997), processos do trabalho que originam a construção tanto da individualidade como da sociedade que o sujeito se insere. A subjetividade é, então, produto da relação do sujeito com o mundo.

Os estudos dessa teoria são predominantemente qualitativos e abordam os significados, sentidos e função psicológica do trabalho, na busca de compreender as implicações e repercussões do trabalho na construção e desenvolvimento da subjetividade e SM do trabalhador (BENDASSOLLI, 2009). Os assuntos abordados são diversos desde processo de trabalho, as transformações tecnológicas que repercutem no trabalho e no trabalhador, além da explorarem as vivências dos trabalhadores.

A teoria sobre Subjetividade e Trabalho tem o foco na dimensão individual e pessoal do que o trabalho gera e ao mesmo tempo sobre o que significa (NARDI, TITTONI; BERNARDES, 1997). De maneira resumida, concorda-se com autores da área como Codo *et al* (2006) e Limongi-França (2007) de que embora seja necessário compreender o trabalho como fator que interfere em saúde, ele não é o único, postura também apresentada pelas quatro teorias descritas.

A quinta e última teoria apresentada é a Ergologia do Trabalho, bastante recente, que tem suas origens na França entre os anos 1970 e 1980, sob influência da filosofia cotidiana e da Ergonomia da Atividade e sob a colaboração Daniel Faïta (linguista), Yves Schwartz (filósofo) e Bernard Vuillon (sociólogo) que buscavam compreender a relação entre trabalho, educação e sociedade (BRITO, 2004).

A teoria possui uma forma analítica sobre o trabalho, priorizando a ótica do próprio trabalhador (BRITO, 2004). Alguns conceitos que estruturam essa teoria são: Corpo-Si, similar ao conceito de subjetividade, no entanto, refere-se ao que há de mais íntimo no sujeito que trabalha, Usos de Si, que diz respeito a manifestação de si e pode ser o uso de si por si (posicionamento que cada trabalhador assume em seus trabalhos) e o uso de si pelos outros.

A teoria enfatiza que homem e trabalho estão intimamente conectados, permitem aprendizado e as relações que acontecem dessa conexão são diversificadas. De forma específica, as análises sobre o Trabalho realizadas por essa teoria seguem quatro pressupostos principais, um deles é sobre analisar o geral e o específico tarefas, articular as diversas disciplinas que envolvam isto, analisar e descrever as atividades que envolvem normas e variações e, por fim, promover uma produção de saberes sobre o ser humano (BRITO, 2004). Este ponto liga-se a produção de conhecimento por parte da teoria, que é, essencialmente, realizada diretamente com os trabalhadores e contribui para compreender como a combinação anteriormente comentada se dá em diferentes setores da economia e diferentes espaços culturais e subjetivos (FRANÇA, *et al*, 2013).

Foram apresentadas as quatro principais perspectivas de SM e Trabalho adotadas por estudiosos no Brasil e a Ergologia, pelo que contribui para analisar os resultados da pesquisa. Estas teorias diferem em tradições teóricas e em métodos de trabalho, porém, também se inter cruzam, a título de exemplificação: tanto Epidemiologia Diagnóstica quanto Teoria sobre Estresse mapeiam prevalências e apontam relações causais entre características do trabalho e psicopatologias (CODO, SORATTO, VASQUES-MENEZES, 2004). Esta multiplicidade de teorias traz consigo aprendizados e avanços para a SM no Brasil.

Como descrito anteriormente, em meio ao reconhecimento da repercussão do trabalho sobre saúde do indivíduo e avanço desta área, tem-se organizado a atualmente a RENAST, brevemente descrita anteriormente e que tem seus principais pontos e características apresentadas no tópico a seguir.

#### 2.4 SAÚDE DO TRABALHADOR E REDE DE SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL

A ST configura-se atualmente como área de conhecimento e como campo de atuação. Como área de conhecimento possui alguns preceitos fundamentais para sua compreensão, alguns deles são: esta área observa a saúde como um processo, por este motivo vê o ser humano como ativo na relação saúde-doença. Para a ST os seres humanos são diferentes uns dos outros, e não somente as diferenças subjetivas devem ser consideradas como também àqueles referentes à organização do trabalho e da divisão do poder (PAPARELLI, SATO; OLIVEIRA, 2011). Além disto, enquanto campo teórico, a área de Saúde do Trabalhador no Brasil também mescla as contribuições da área da Saúde e do Trabalho e enquanto campo de intervenção se fundamenta nos princípios do SUS, que são equidade, integralidade e universalidade (BUHLER, 2011; DIAS, 2006).

A ST se torna fundamental tanto em termos teóricos quanto práticos quando levado em consideração os dados crescentes das doenças relacionadas ao trabalho. O Relatório da OIT de 2013 afirmou que todo ano cerca de 2,3 milhões de trabalhadores morrem de causas relacionadas ao trabalho, sendo aproximadamente 320 mil devido a acidentes e os demais por doenças relacionadas a o trabalho. As doenças profissionais matam seis vezes mais do que os acidentes de trabalho e aproximadamente 160 milhões de pessoas por ano sofrem de doenças não-letais relacionadas ao trabalho. Ainda conforme o mesmo relatório, a natureza das doenças relacionadas ao trabalho também vem se modificando, tal alteração deve-se as mudanças sociais, econômicas e tecnológicas. Tente reduzir estes termos juntos, pois travam a fluidez. Um dado importante é que essas doenças e acidentes trazem um custo extremamente elevado, cerca de US\$2,8 trilhões ao ano, o que equivale a 4% do Produto Interno Bruto mundial. Assim, as doenças relacionadas ao trabalho, além de serem fonte de um sofrimento extremos, reverberam também no âmbito econômico.

Diante dessa situação, o tema ST tem sido estudado e desenvolvido de modo irregular em nível nacional (lutas dos operários, estudos da medicina preventiva, movimentos sindicais, entre outros) até ser efetivamente pensado e notado pela Saúde Pública, sendo que no início sua via de acesso é por meio da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional (GAMA, 2013) e, como citado anteriormente, apenas posteriormente a Psicologia incorporou-se desse tema.

Conforme afirmado anteriormente, em termos nacionais, a década de 1990 foi um marco neste sentido, ou seja, o reconhecimento da ST, enquanto área de Saúde Pública, é recente quando considerada a história da saúde pública do país, e também é anterior à própria fundação do SUS (DIAS, 2010).

Ao adentrar oficialmente ao campo de saúde Pública, a ST<sup>3</sup> é descrita pela Lei Orgânica de Saúde (1990) como um campo abrangente em termos de atuação, pois é um conjunto de atividades que engloba questões referentes a vigilância sanitária e epidemiológica, proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores. De forma mais detalhada a ST no sistema nacional de saúde compreende: prestação de assistência a trabalhadores que foram vítimas de acidente de trabalho ou que desenvolveram alguma doença relacionada ao trabalho; participação em estudos e avaliações de controle de agravos relacionados a saúde; participação de fiscalização e controle de substâncias que forneçam riscos à ST, bem como da fiscalização de serviços de ST; avaliação dos impactos da tecnologia à saúde; informação ao trabalhador sobre aspectos relevantes do trabalho em geral; revisão da lista de doenças relacionadas ao trabalho, e fornecimento de garantia aos sindicatos (BRASIL, 1990).

Ainda, como campo de intervenção do SUS a área da ST segue os fundamentos de integralidade da ação e também acesso universal e suas ações possuem foco em prevenção, promoção, controle social e descentralização (LEOPOLDINO; SANTOS, 2013).

Dentre as divisões do SUS, a ST pertence atualmente a essa rede estruturada chamada RENAST, que é responsável pelas ações de ST nas esferas de vigilância, promoção e assistência e que foi efetivamente criada em 2002 por meio da Portaria 1.679/2002 (BRASIL, 2002), chamada de RENAST e com a implantação priorizada a partir de 2003 pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNST).

A criação da RENAST visava disponibilizar uma rede nacional que articulasse as ações de ST no SUS (BRASIL, 2002; LEÃO; VASCONCELLOS, 2008; DIAS; HOEFEL, 2005). Esta rede segue os princípios do SUS, que são: integridade, equidade e universalidade (BRASIL, 1990) e também seus fundamentos como o controle social. Além disto, a RENAST deveria ser organizada e implantada por meio de ações na rede de atenção básica, no Programa de Saúde da Família, na Rede de CEREST<sup>4</sup> por meio de ações de média e alta complexidade no SUS (BRASIL, 2002). Em 2005 a Rede foi reorganizada (BRASIL, 2005) e em 2010 a Portaria 4.279 (BRASIL, 2002) estabeleceu diretrizes para organizar a RENAST no âmbito do SUS, desde então há a compreensão de que as ações da RENAST devem ser marcadas por diversidade, por meio de um trabalho realizado multidisciplinarmente e em formato intra e intersetorial que estabeleça conexões entre os serviços da RENAST e do SUS. Desta forma, a RENAST deve seguir, assim como o SUS, os princípios de Universalidade, Integralidade, Controle Social que é a participação da comunidade, Descentralização e Equidade (RENAST, 2006).

Ao se tornar uma política pública no SUS, a RENAST passa a ter relação direta com esse Sistema e se articular com suas alterações, demandas, adequações, entre tantos processos afetos ao SUS. Um dos fatores históricos intrínsecos ao SUS, desde sua criação, inclusive, são as questões culturais,

---

<sup>3</sup> A história da saúde pública no Brasil tem um percurso extenso e a preocupação com o tema trabalho surge no começo do século XIX (A saber mais em Paim (2009) e Dias (2010)). No entanto, esta dissertação não objetiva discorrer sobre o percurso da história da saúde pública até a inserção da saúde do trabalhador como campo de trabalho e estudo. Deste modo, esta breve explicação se faz importante para contextualizar brevemente esse fenômeno.

<sup>4</sup> No entanto, na portaria que institui a RENAST, os CEREST são chamados de CRST (BRASIL, 2002).



sociais e políticas envolvidas, e, por consequência, a RENAST passa a estar sujeita a tais influências (DIAS; HOEFEL, 2005). Tais influências ora facilitam e ora dificultam a concretização de objetivos para que a rede se torne referência em ST.

A rede se mantém em função do sistema e em meio a tais influências e possui como objetivos fortalecer a Vigilância em ST (VISAT), promover saúde a processos de trabalho, garantir integralidade ao trabalhador, incorporar o trabalho como determinante, assegurar a qualidade da atenção à ST no SUS, entre outros (RENAST, 2006).

Mesmo com uma legislação vasta, atualmente ainda enfrenta diversos impasses como os citados na introdução deste trabalho. Tais impasses referem-se a questões de concretização do que é previsto na legislação da rede e acaba por gerar dificuldades como: diálogo escasso entre os serviços que compõem a RENAST, inexistência de padronização dos serviços em termos de missão e objetivos, além de práticas muitas vezes pautadas em assistencialismo e que não contemplam a integralidade do sujeito, sendo essas duas últimas questões fundamentais para quaisquer serviço e ação no SUS (KEPPLER, 2015).

A partir destas alterações o atual formato da RENAST é apresentado, de forma resumida e esquemática na Figura 01 apresentada na sequência:

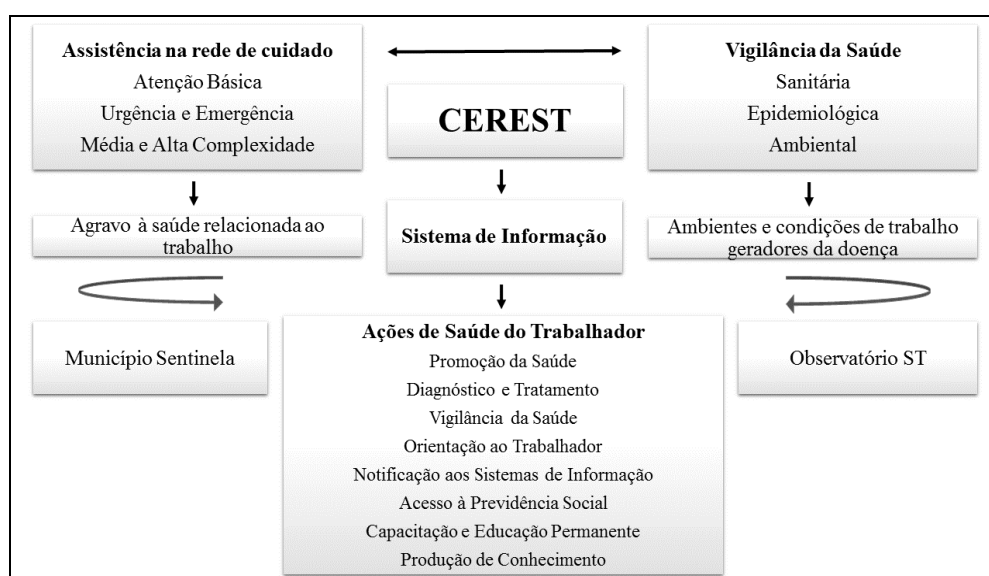


Figura 01 - Modelo de atenção da RENAST

Fonte: Dias (2010) e Brasil (2006)

A Figura 01 expressa o modelo de atenção da RENAST e suas principais responsabilidades e assim evidencia as ações que se dão nas instâncias de saúde, educação e previdência social, além de demonstrar o contato direto com as CEREST que é seu centro. Também é possível notar a interligação das áreas e serviços, questão buscada na criação e implementação da RENAST. O CEREST é apresentado a seguir de maneira mais detalhada.

### 2.4.1 CEREST

Os CEREST são os centros articuladores e organizadores da RENAST, de fundamental relevância para a rede e previstos na própria portaria que cria a RENAST (BRASIL, 2002). Vistos como irradiadores, a função do CEREST é o desenvolvimento da atenção integral à ST, principalmente por meio da vigilância, a fim de garantir a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores, a redução da morbimortalidade resultante de determinados processos de trabalho, também é seu papel buscar informações sobre trabalho na abrangência em que lhe cabe, uma vez que cada CEREST possui seu território de abrangência, e fornecer dados por meio de mapa de riscos e de acidentes de trabalho, além de criação de diferentes perfis, entre outras ações.

Os CEREST possuem um território de abrangência e nele devem: realizar ações inter e intrasetoriais no que compete à ST, possuir serviço técnico especializando para realizações dos serviços de saúde pautadas em vigilância, epidemiologia e sanitário (BRASIL 2005; 2006). As ações do CEREST são especificamente em ST e consistem em: fornecer suporte técnico às ações de ST, sistematizar e divulgar as informações da área, apoiar ações de vigilância em ST, facilitar a educação e capacitação permanente dos profissionais e dos participantes do controle social do SUS, elaborar os Planos de ação regionais e estaduais de ST, realizar a articulação e operacionalização das estratégias da PNST, além de implantar protocolos e projetos de atenção à ST e acolhimento, discussão e realização de soluções às demandas de instituições e movimentos sociais (BRASIL, 2005).

Outra questão relevante é que esse serviço deve atuar como é referência e contratransferência. Neste sentido, a maior parte da origem da demanda que o CEREST atende advém dos sindicatos (38,8%), seguido pelo Ministério Público (34,4%) e por terceiro por serviços sentinela (34,0%) (MACHADO *et al*, 2013), no entanto, tais percentuais se alteram quando considerada cada região do país e também se o CEREST é estadual, regional, municipal. E no caso do CEREST regional pode ser também de âmbito rural, que também foca em ações de promoção, prevenção, vigilância do trabalhador urbano e rural, com prioridade para populações do campo e da floresta (SECRETARIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS, S/a - material fornecido por um participante do estado de Minas Gerais).

Esta diferenciação entre CEREST é marcada, sobretudo, pela responsabilidade de cada um. De forma que os CEREST estaduais possuem abrangência estadual e são localizados nas capitais, enquanto os regionais possuem abrangência regional e são localizados em regiões metropolitanas e/ou com grande concentração de trabalhadores. Outras distinções entre as competências de ambos, conforme a portaria 2.437 de 2005 (BRASIL, 2005) são:

- Retaguarda: o CEREST estadual deve dar suporte sobre a ST ao CEREST regional e o regional deve fornecer retaguarda às ações de ST no SUS;
- Capacitação: o CEREST estadual deve auxiliar o planejamento dos CEREST regionais, enquanto o CEREST regional deve capacitar os serviços de saúde de nível local e regional;

- Referência: o CEREST estadual deve ser referência técnica para os CEREST regionais; enquanto o regional deve fazer articular em seu nível com serviços da área de Saúde do trabalhador;

Outras atribuições do CEREST estadual são auxiliar na elaboração e igualmente na execução da Política de ST do estado, além de promover articulações para agir intersetorialmente em ST no estado; enquanto demais atribuições do CEREST regional referem-se à casos em que não há equipe de vigilância sanitária na região o CEREST estadual deve dispor de delegação formal para tal, subsidiar políticas públicas junto aos municípios.

Também há os CEREST rurais, que surgiram por meio da luta do movimento sindical dos trabalhadores rurais (KEPPLER. 2015). Atualmente os CEREST são reconhecidamente serviços que devem ser direcionados a trabalhadores formais, informais, urbanos e inclusive rurais, informação que consta no último Manual de planejamento da RENAST (2016). No entanto, os CEREST' rurais desenvolveram-se quantitativamente menos quando comparados aos demais subtipos.

A estrutura de cada instituição difere em relação também ao seu quantitativo de profissionais da equipe, conforme exposto no Quadro 1 apresentado a seguir:

Tipo de CEREST	Equipe mínima	Especialidades que equipe deve ser composta:
Regional	10 profissionais	Quatro profissionais de nível médio (destes, pelo menos dois auxiliares de enfermagem); Seis profissionais de nível superior (destes, pelo menos dois médicos e um enfermeiro);
Estadual	15 profissionais	Cinco profissionais de nível médio (também considerando ao menos dois auxiliares de enfermagem); Dez profissionais de nível superior (também sendo ao menos dois médicos e um enfermeiro);

Quadro 1 - Equipe de CEREST estadual e regional  
Fonte: Portaria 2.437 (2005).

Os profissionais de nível médio são os auxiliares de enfermagem, técnicos de higiene e segurança do trabalho, auxiliares administrativos, arquivistas, entre outros; e os de nível superior são médicos generalistas, médicos do trabalho, médicos especialistas, dentistas, engenheiros, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, sociólogos, ecólogos, biólogos, terapeutas ocupacionais, advogados, relações públicas, educadores, comunicadores, entre outros. Neste último grupo os profissionais necessitam ter experiência de ao menos dois anos na área de ST e/ou terem especialização em Saúde Pública ou do Trabalhador (BRASIL, 2005). Esta variação de profissionais exigidos visa dar maior flexibilidade no perfil de profissionais adequados. Uma questão percebida é que as demais especialidades além da Medicina e Enfermagem não são obrigatórias, por isso a diversificação na composição das equipes. Até 2013 a maioria dos CEREST (71,5%) possuía profissionais compatíveis a equipe mínima, no entanto, isto não define que tal equipe seja a mais adequada às necessidades da população local.

Atualmente existem 214 CEREST no Brasil (PORTAL DA SAÚDE, 2017) distribuídos no território nacional de maneira heterogênea, fator explicado pelas diferenças econômicas de cada região do país e também conforme a organização estabelecida pelo SUS.

Machado *et al* (2013) desenvolveram uma pesquisa sobre as principais ações do CEREST quando analisadas questões relativas à SM, no estudo identificaram que até aquele ano a maioria (87,5%) dos serviços possuía mais de cinco anos de funcionamento, também a maioria (89,2%) era mantido com recursos da própria RENAST, possuíam uma estrutura física adequada (61,3%) e possuíam profissionais capacitados (67,7%). Apesar desses dados positivos a pesquisa também mostrou que menos da metade desenvolviam atividades de educação e saúde na articulação com outros serviços, também menos da metade (18,7%) realizam grupo terapêutico, apenas 35,5% desenvolviam ações informáticas com regularidade, 53,2% faziam inspeção dos espaços de trabalho e somente 58,8% faziam registro de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A conclusão dos autores é que quando analisado as ações de SM isoladamente, os CEREST ainda estão em um patamar inicial.

Dentre os 104 artigos encontrados na revisão de literatura comentada na Introdução, referentes ao tema CEREST, é sobremaneira importante o artigo de Santana e Silva que verificaram naquele ano os avanços territoriais do CEREST, Santos (2010) apresentaram diversas experiências bem-sucedidas por alguns CEREST e demonstra assim as potencialidades do serviço, já o estudo de Dias *et al* (2010) confirmou que os CEREST definem uma institucionalização das ações de ST.

Essa seção permitiu conhecer as principais características dos CEREST e permite concluir que suas ações ocorrem em diversas esferas e são fundamentais para a RENAST (KEPPLER, 2015; BRASIL 2002, 2005, 2006).

## 2.5 PROFISSIONAL PSICÓLOGO: CARACTERÍSTICAS GERAIS E DE ATUAÇÃO NO CAMPO DO TRABALHO

Surgida no final do século XIX, entre crescimento também de revistas, disciplinas acadêmicas, congressos e laboratórios da área, a profissão do psicólogo sofreu diversas alterações após passar por mudanças de cenários históricos, sociais e culturais (MALVEZZI, 2010). Atualmente o profissional de Psicologia se utiliza de técnicas e procedimentos psicológicos que permitem compreender diversos constructos e intervir em diferentes realidades e auxiliar no processo de produção de saúde e bem-estar. Toda a atuação do psicólogo deve ser pautada na Declaração Universal dos Direitos Humanos bem como no Código de Ética da profissão (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Esta profissão foi regulamentada em 1962 pela lei 4.119 (BRASIL, 1962) e desde então possui um caráter polivalente e é executada em diferentes espaços públicos e privados, em formatos clínicos, institucionais, organizacionais e sociais (BASTOS, GONDIM; RODRIGUES, 2010). No cenário atual a

profissão também está em contínuo crescimento e é exercida em diversos contextos de vida e relação humana, e um desses contextos são os espaços de trabalho e/ou que se inter-relacionam com o trabalho, que podem ser tanto informais como formais (organizações, associações), um dos principais contextos de inserção de psicólogos com vínculo empregatício (CONSELHO REGIONAL DO PARANÁ, 2005).

Como descrito por Bendassoli (2011) o trabalho é uma categoria chave para a Psicologia e é frequentemente citado, explícita ou implicitamente, na Psicologia enquanto campo de atuação como teórico/científico. O campo de POT cresce então de maneira progressiva tendo passado por diversas influências internacionais tais como a criação do Laboratório criado em 1899 na Itália por Luigi Patrizi para estudar cargas de trabalho, como também a influência da publicação do livro *Psychology and Industrial Efficiency* em 1913 nos Estados Unidos por Hugo Munsterberg, este último como um marco do nascimento da Psicologia Industrial (ZANELLI, BASTOS; RODRIGUES, 2014).

No Brasil, o percurso da POT se deu primeiramente pela Psicologia Industrial, a partir dos anos 1930, por meio dos psicotécnicos e seleção de pessoal, passando progressivamente para a Psicologia Organizacional que deu ênfase à produtividade das empresas e ampliou o foco para atuação com grupos. Em um terceiro momento, o mais atual, a Psicologia do trabalho que ampliou o foco e deu ênfase às questões de saúde e estendeu a preocupação para além dos espaços de organizações exclusivamente (ZANELLI, BASTOS; RODRIGUES, 2014).

Em meio a esse cenário é importante destacar dois pontos: 1 – a Psicologia se apropriou do trabalho após o mesmo já ter sido estudado e analisado por outras áreas e neste início o assumiu conforme as características nas outras áreas, no entanto, no decorrer desta apropriação mudanças na forma de compreendê-lo têm ocorrido crescentemente; 2 – A Psicologia abrange o trabalho por ter três vias: organizacional, clínica e ST, sendo esses três campos (BENDASSOLI, 2011).

Em âmbito nacional, o autor supracitado aborda a apropriação feita pela área científica da Psicologia do Trabalho de forma a dividi-la em três vias: organizacional, social e clínica. A primeira delas, a via organizacional, aborda o papel do desempenho organizacional e individual, definido como “um conjunto de ações que provocam alterações no ambiente (BENDASSOLLI, 2011, p. 78). De forma geral, objetiva-se reconhecer os comportamentos exercidos no meio organizacional e otimizá-los da melhor forma possível para gerarem resultados, sob meio de prevenção ao baixo rendimento e controle de resultados. Essa área estuda, aplica e utiliza questões relacionadas ao desempenho do trabalho como avaliação e descrição de cargos, pesquisas de clima e cultura organizacional, análise de desempenhos, entre outros. O princípio básico utilizado nessa análise é a motivação no trabalho, conforme a pirâmide das necessidades de Maslow as necessidades vão das mais simples às mais elevadas e atuam como estímulo ao desempenho do trabalhador. A via organizacional diz respeito a um conjunto complexo de elementos oferecidos pelo ambiente organizacional, como “competências, habilidades, desafios e satisfação de necessidades” (BENDASSOLLI, 2011, p. 79).

São diversos os materiais que buscam contribuir para a prática do psicólogo no espaço organizacional, seja em termos de sistematização de materiais e repasse de orientações. É o caso do

documento criado pelo Conselho Regional do Paraná (2005), como também estudos que analisam a atuação dos psicólogos neste contexto, como o feito por Zanelli (1994) que identificou diversas falhas e então evidenciou a importância de uma formação de qualidade para que esse profissional. O estudo de Bastos e Gondim (1994) também é relevante para área, pois os autores trazem a configuração desse panorama, dentre aspectos positivos e relativos a atuação dos psicólogos em POT.

A segunda via é a social, a qual aborda o trabalho enquanto fato social compreendido nos mais diversos grupos, pela via de representações sociais e criticidade. Neste sentido, o fato social é “um objeto do conhecimento cotidiano, cujo significado emerge de processos de interação interpessoal, do pertencimento a grupos específicos e, em termos mais amplos, dos repertórios de época sobre o trabalho (ou de estruturas sociais que os reproduzem)” (BENDASSOLLI, 2011, p. 79). Fundamentalmente, a via social se baseia na noção de que a modernidade vive diversas crises que afetam também o mundo do trabalho, mobilizando identidades, crenças e modos de fazer, tanto no sentido de ocupações quanto de carreiras. Há uma grande importância para o indivíduo construir significados no trabalho, para si e de si, assim como no olhar de outros (BENDASSOLLI, 2011).

A dimensão clínica abarca o trabalho como atividade de caráter predominante para o sujeito. Conforme Bendassolli (2011) esta seria a via mais nítida para se verificar o papel do trabalho na sustentação da psique. A clínica no trabalho é tomada por autores contemporâneos citados por Bendassolli (2011), como Lhuillier (clínica do trabalho) e Yves Clot (clínica da atividade). Essas abordagens objetivam romper com a lógica de uma clínica individualizante e se aplicar a contextos sociais. A via clínica do trabalho valoriza as estratégias coletivas desenvolvidas pelos trabalhadores para enfrentarem as situações da organização do trabalho que geram desprazer e comprometem a SM do trabalhador; e aquelas que geram prazer e valorizam a capacidade criativa e sublimatória dos indivíduos.

Já a clínica da atividade, com base em Yves Clot (2006) faz um retorno a autores da psicologia sócio-histórica (Vigotski e Leontiev) e da ergonomia e psicopatologia francesas entendendo que o trabalho consiste em uma atividade orientada para si e para os outros, sem perder de vista o objeto do trabalho, ou seja, aquilo que subjetivamente cada indivíduo pretende com ele. Trata-se, inclusive, daquilo que não foi realizado, do que ficou no ar, do real, da impossibilidade; e o significado do trabalho é o que se sustenta nesse entremeio (CLOT, 2006).

Por fim, a Psicossociologia também desenvolve algumas articulações entre psíquico, social e trabalho. Não se trata de uma atenção central, mas alguns apontamentos, como a mobilização psíquica manejada pelos indivíduos no trabalho, componente de importância para a identidade (BENDASSOLLI, 2011).

Autores como Vasques-Menezes (2002) chamam atenção também para o trabalho ser categoria relevante e analisada na prática clínica de consultório. Para tanto, a autora descreve como casos de psicoterapia abrangem questões relacionadas ao trabalho em que o psicólogo deve intervir. Alguns exemplos de casos clínicos que possuem relações com o contexto de trabalho dos pacientes são os casos de Síndrome de *Burnout* e sintomas como ansiedade, baixo autoestima relacionados ao trabalho, entre outros.

Para além da influência direta nas organizações pela via da Psicologia Organizacional, a Psicologia se debruça sobre a complexidade das relações e o avanço dos estudos no campo do trabalho, que têm exigido olhar mais atento para a questão da ST, apontada por Zanelli e Bastos (2014) como um intercâmbio entre o fazer da psicologia essencialmente técnico para uma posição mais estratégica.

Sato (2003) ressalta que enquanto a Psicologia Organizacional se ocupa do gerencial e capital e também com questões humanas relacionadas ao trabalho, a ST enfoca as questões humanas no trabalho especificamente e atrelada à medicina e psicologia social. Assim, a ST pensa o sujeito que se encontra no contexto de trabalho e volta seu olhar para a clínica psicológica, visando construir de forma teórica e prática formas psicológicas de acolher o sofrimento e as diversas condições, materiais e simbólicas, a que estão submetidos os trabalhadores.

As políticas públicas têm abarcado a questão da ST, por exemplo, ao desenvolver propostas que valorizam a implementação CEREST e Centros de Psicologia Aplicada ao Trabalho (CPAT), bem como o preenchimento obrigatório de informativos e notificações de acidentes e doenças decorrentes do trabalho.

No campo da ST, os estudos de Sato, Lacaz e Bernardo (2006) e de Buhler (2011) são exemplos de contribuições para a área. Sato, Lacaz e Bernardo (2006) destacam que a inserção do psicólogo na área da ST ocorre inicialmente na Saúde Pública e da alocação deste profissional no órgão sindical de pesquisa em saúde e trabalho do Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT). Desde então, o psicólogo tem sua atuação prevista em serviços de assistência, prevenção e promoção de ST que preveem o psicólogo em equipes interdisciplinares. Buhler (2011) acrescenta que o psicólogo possui atualmente uma visão mais ampla sobre saúde e doença, o que acrescenta à atuação na ST.

Devido a relevância do tema, o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2008) elaborou documento sobre atuação dos psicólogos na área de ST que traça referências ao trabalho do psicólogo nesses espaços em termos práticos e éticos e frisa que a área de ST exige do psicólogo conhecimento teórico e técnico sobre o que compõe o trabalho e também sobre os serviços públicos de saúde. Ainda conforme o CREPOP (2008), a Psicologia tem desenvolvido um amplo trabalho em SM nos serviços de ST, compreendendo vivências subjetivas e agindo sobre sintomas e psicopatologias relacionadas ao trabalho. Este documento é um dos únicos materiais que serve de “manual” para atuação da Psicologia em ST.

Quanto as atividades realizadas pelos psicólogos em ST, o mesmo documento do CREPOP (2008) descreve que as práticas da Psicologia precisam ser planejadas por meio de uma prática de investigação que norteie e posteriormente defina as formas de atuação em cada espaço, além de necessitar seguir as diretrizes do SUS. Nestes espaços o Psicólogo pode promover ações para uma melhor condição de trabalho e saúde para o trabalho no entanto as práticas mais comuns são notificação dos agravos e das situações de risco para a saúde dos trabalhadores, por meio SINAN; produção e organização de dados; práticas de promoção e assistência de saúde de forma interdisciplinar (como práticas terapêuticas grupais);

análise dos processos de trabalho e vigilância, e educação em saúde, além do estabelecimento do nexocausal também é citada pelo documento como prática comum dos psicólogos nesses espaços.

Zanelli, Bastos e Rodrigues (2014) expõem algumas das contribuições da Psicologia do Trabalho atualmente: referente às condições e higiene do trabalho os psicólogos da referida área podem estabelecer ações de prevenção a acidentes, bem como programas de bem-estar e qualidade de vida no trabalho e prestar assistência psicossocial; sobre Saúde do trabalho, especificamente, podem realizar diagnósticos, identificar fatores psicossociais e atuar por meio das Clínicas do Trabalho. Também podem executar ações no âmbito ergonômico, como análise de condições físicas e mentais de trabalho e podem desempenhar também atividades de Orientação Profissional e de Carreira, como análise de interesses do indivíduo e processos de aconselhamento e orientação nas suas escolhas profissionais, bem como preparação para aposentaria. Um último campo citado pelos autores como passíveis de atuação do psicólogo do trabalho é referente a ações de emprego como manejo de impactos psicológicos que o desemprego pode gerar e construção de formas para recolocação no mercado de trabalho.

Um dos serviços da RENAST no qual o psicólogo do trabalho atua recentemente é o CEREST e embora a inserção deste profissional não seja obrigatória no serviço, tem sido observado que a maioria dos CEREST opta pela inclusão de um psicólogo em suas equipes (CREPOP, 2008). Segundo o Planejamento da RENAST de 2016 a 2019 (BRASIL, 2016) até 2015 haviam 156 psicólogos atuando em CEREST no Brasil, estando a maioria dos profissionais situados nos serviços da região norte do país.

Há estudos científicos sobre a atuação e caracterização da Psicologia nos CEREST que são recentes e trazem informações pertinentes, como exemplo o estudo de Keppler (2015) que realizou um mapeamento nacional das ações destes profissionais e organizou uma caracterização da Psicologia nos CEREST. A maior parte dos psicólogos deste espaço tem vínculo empregatício estável, porém, não atuam exclusivamente no CEREST, e 85% atua no serviço há menos de cinco anos.

Com relação as principais atividades realizadas pelo psicólogo nesse espaço são referentes a educação e a vigilância. Segundo Keppler (2015) os psicólogos da pesquisa se preocupam com o atendimento às demandas em SM, os participantes também viam como importante o trabalho ser realizado em parceria aos usuários do serviço. As conclusões da autora são de que o perfil do psicólogo neste serviço é similar as características gerais da profissão. Por conta da similaridade deste estudo com o realizado por Keppler (2015), foi elaborado um comparativo exposto no Quadro 02, na próxima página:



<b>Referência</b>	KEPPLER, I.L.S. <b>A atuação dos psicólogos nos centros de referência em saúde do trabalhador</b> . 2015. 135p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2015.	SOUZA, P.B. <b>Saúde Mental, Trabalho e Atuação em Serviços de Saúde do Trabalhador: Concepções e Intervenções De Psicólogos</b> . Dissertação (Mestrado em Psicologia). Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina. 2019. 180p.
<b>Objetivo</b>	Analisar o cenário do serviço e da política na perspectiva dos profissionais que atuam no CEREST	Compreender as intervenções de psicólogos em CEREST, caracterizando suas percepções sobre saúde, Saúde Mental e trabalho
<b>Número de psicólogos participantes</b>	48	56
<b>Instrumento utilizado</b>	Questionário <i>on-line</i>	Questionário e entrevista <i>on-line</i>
<b>Questões do instrumento</b>	Perfil do psicólogo, funcionamento do CEREST, condições de trabalho do psicólogo e atividades do psicólogo.	Dados sociodemográficos do participante, Dados sociodemográficos do serviço de atuação, Intervenções e instrumentos do Profissional e Concepções
<b>Principais resultados obtidos</b>	Problemas cotidianos do serviço a partir da ótica dos psicólogos que ali atuam	Problemas cotidianos da atuação dos psicólogos; Maior compreensão sobre quais intervenções psicólogos realizam; Maior compreensão sobre nível de embasamento teórico-científicos psicólogos possuem; Análise de proximidades teóricas entre concepções dos psicólogos e teorias de SM do trabalho

Quadro 2 – Comparativo com o estudo de Keppler (2015)  
Fonte: a autora (2019).

Percebe-se que a maior distinção entre ambas as pesquisas é o objetivo e por consequência os resultados encontrados. Enquanto o estudo de Keppler (2015) concentra-se em compreender a visão dos psicólogos sobre os CEREST, o presente estudo visou ir além e compreender como é a atuação desses profissionais e em quais perspectivas baseiam as suas práxis.

Outro estudo relevante é o de Cardoso (2015), porém, com menor semelhança com, uma vez que não tratou especificamente de psicólogos, mas sim de ações em SM relacionadas ao trabalho, ainda assim os dados trouxeram informações sobre os psicólogos nos CEREST. Os dados de Cardoso (2015) mostram que os psicólogos são, junto aos médicos, os profissionais responsáveis por ações de SM nos CEREST.

Além das questões supracitadas, ressalta-se o fato de que esta classe profissional também pode estar exposta aos chamados riscos psicossociais, que são aspectos do trabalho e do ambiente que impactam de maneira negativa na saúde do trabalhador. Alguns destes riscos são o ritmo excessivo de trabalho, baixa autonomia e controle das tarefas que executa, como também cultura e clima organizacional e também aspectos externos ao trabalho (ZANELLI; KANAN, 2018).

Esta última seção da Revisão de Literatura permite inferir que a atuação dos psicólogos no campo da ST é complexa e exige conhecimentos teóricos e técnicos sobre o SUS, sobre a RENAST, sobre o serviço em que se está atuando e sobre habilidades do psicólogo relacionado ao fenômeno trabalho. Foi evidenciado também que o tema Psicólogos e ST é alvo de estudos científicos nacionais, não de maneira extensiva, mas que contribuem para trazer informações atuais sobre este tema pertinente e cada vez mais necessário.

### 3 MÉTODO

Segundo Laveille e Dione (1999) o método é equivalente ao caminho percorrido por um pesquisador na elaboração de um trabalho. Essa definição é referente a própria etimologia e significado da palavra método, que de origem grega *methodos* significa “caminho para”. Mais do que a conceituação do termo, é importante frisar nesse primeiro momento que método implica em regras, rigor de procedimentos, ordem e devido a isso, muitas vezes, é visto como a parte mais importante de uma pesquisa.

Como acrescenta Richardson (2007) cada método demonstra uma forma de planejamento e execução de pesquisa, assim, essa seção busca apresentar o método deste estudo, de forma a expor cada etapa desenvolvida durante a realização do mesmo.

#### 3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, que se caracteriza como uma forma de compreender detalhadamente o objeto de estudo em questão. A pesquisa qualitativa tem como uma das principais características a busca por aprofundamento da compreensão do fenômeno e refere-se à exploração e entendimento do significado que as pessoas dão às questões que lhes tem relação (MINAYO, 2007; RICHARDSON *et al*, 2007).

Creswell (2014) destaca que o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa é seguido pela busca de uma compreensão detalhada e complexa de determinada (s) questão (ões) e possibilita ouvir vozes nem sempre ouvidas. Ainda, segundo o autor, a pesquisa qualitativa é “um conjunto de práticas materiais interpretativas que tornam o mundo visível” (p. 49). É importante estar atento ao processo da pesquisa qualitativa pois este se mostra amplo, reflexivo, pautado em um raciocínio bastante complexo que pode ser indutiva ou dedutivo e frequentemente utiliza múltiplos métodos, como é o caso desta pesquisa. A escolha por essa abordagem também se pautou na seguinte questão exposta pelo autor (CRESWELL, 2014, p. 52)

conduzimos pesquisa qualitativa porque precisamos de uma compreensão complexa e detalhada da questão. Esse detalhe só pode ser estabelecido falando diretamente com as pessoas (...) lhes possibilitando que contem histórias livres do que esperamos encontrar ou de que lemos na literatura (CRESWELL, 2014).

A explicação que Creswell (2014) dá a escolha do da pesquisa qualitativa é compatível ao objetivo que essa pesquisa se propõe, por isso, mais uma vez, a literatura explica sua escolha. Assim, o objetivo de trazer informações essencialmente descritivas e subjetivas une-se ao propósito da pesquisa qualitativa.

Quanto à natureza é aplicada, pois visou gerar conhecimentos com aplicação prática que diretamente relaciona-se a uma demanda atual: aumento das pesquisas sobre a atuação de psicólogos nos serviços públicos de ST (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). Quanto aos objetivos é descritiva e

exploratória, pois foi buscado conhecer o objeto de estudo, compreendê-lo, analisá-lo e organizar sua apresentação de forma descritiva. Segundo Triviños (2009) os estudos descritivos exigem muitas informações sobre o que se pretende pesquisar e buscam uma caracterização detalhada do perfil das pessoas, grupos e instituições envolvidas, além de descrever fenômenos, contextos e situações. Já a pesquisa exploratória é indicada quando o tema da pesquisa ainda é pouco explorado na literatura e o número de informações a respeito é pequeno, o que é o caso do objeto de pesquisa dessa dissertação. Com a realização deste tipo de delineamento busca-se tornar o assunto do estudo mais explícito (SAMPIERI *et al*, 2014).

### 3.2 ABORDAGEM EPISTEMOLÓGICA

De acordo com autores como Burrell e Morgan (1979) e Saunders, Lewis e Thornhill (2009) os estudos científicos de áreas como Ciências Sociais ou Humanas sempre estão situados em alguns quadrantes teóricos, demonstrando proximidade com áreas específicas. Esses quadrantes são formas de ver e compreender o mundo, a ciência e os fenômenos nele existentes, sendo que o presente estudo se aproxima do paradigma Interpretativista.

O paradigma Interpretativista compreende os seres humanos como atores sociais que possuem diferenças entre si e que com isso tornam a realidade multifacetada; portanto, esta realidade é passível de compreensão por meio da própria fala e visão dos sujeitos que a compõem (SAUNDERS, LEWIS, THORNHILL, 2009). Além disto, o Interpretativismo fornece subsídio para entender como os indivíduos agem no cotidiano e interagem com o ambiente social em que estão inseridos. Ou seja, esta perspectiva reúne teorias que epistemologicamente se referem a como o ser humano se situa no mundo em que está inserido, a interação simbólica que cria e recria, sendo esta última questão a resposta para que se compreenda o processo interpretativo como uma dinâmica contínua para os indivíduos (BURRELL; MORGAN, 1979, SAUNDERS, LEWIS, THORNHILL, 2009).

O Interpretativismo pressupõe abordagens que norteiam os processos de pesquisa, e enfatiza a importância de um método empático, afirmando mais uma vez a necessidade de adentrar à realidade do participante da pesquisa (SAUNDERS, LEWIS, THORNHILL, 2009). Por fim, é importante destacar que o Interpretativismo é bastante utilizado em estudos da Psicologia e organizacionais, o que é outro motivo que justifica o seu uso nesta pesquisa.

### 3.3 PARTICIPANTES

A população da pesquisa foi constituída por psicólogos que atuam em CEREST, de ambos os sexos e de diferentes estados brasileiros e que somam 156 profissionais segundo o último levantamento

oficial expedido pelo Inventário de ST. No entanto, a partir do levantamento feito pela pesquisadora por meio de contato com todos os CEREST identificados pela RENAST o total de psicólogos identificados foi de 112.

Todos os psicólogos identificados foram convidados para participar da pesquisa. Destes, 56 aceitaram, o que caracteriza a amostra deste estudo e representa 50,00% de todos os psicólogos que atuam em CEREST do Brasil, levando em consideração os dados obtidos pela pesquisadora deste estudo. 50,00% do total de psicólogos identificados é um número altamente satisfatório que permitiu que este estudo auxiliasse a compreender questões a partir de um panorama geral.

Mais detalhadamente, 56 psicólogos responderam ao questionário *on-line* e 27 destes destacaram no questionário que aceitariam participar também da entrevista por vídeo-chamada, No entanto, apenas sete de fato participaram do segundo momento de coleta de dados.

O número de participantes da pesquisa foi desta forma por dois motivos: 1) por a pesquisadora ter definido uma data limite para que os participantes respondessem ao questionário e uma data limite para realização das entrevistas, a definição desta data foi conforme planejamento prévio do estudo e visava não desordenar etapas da pesquisa.

Os critérios para seleção dos participantes foram: atuar necessariamente como psicólogo, uma vez que há profissionais formados em Psicologia que atuam em outras funções - como gestão; ter vínculo direto com algum CEREST e trabalhar no local há pelo menos seis meses, este último critério foi definido para que o trabalhador tivesse contato mínimo com a realidade do serviço e de sua função. Já os critérios de exclusão foram: atuar em outra função no CEREST, não ter vínculo direto com o local e serviço e, atuar em outros serviços da RENAST que não fossem CEREST e trabalhar a menos de seis meses no serviço. Desta forma, três psicólogas identificadas no levantamento não puderam participar da pesquisa, sendo duas por estarem atuando em CEREST há menos de seis meses e uma por ter formação em Psicologia mas atuar como gestora do serviço, o que demonstra que foi obtido retorno de 59 participantes, o que contabiliza 52,67% dos psicólogos que atuam em CEREST no Brasil.

### 3.4 PROCEDIMENTOS

Esta seção visa apresentar os procedimentos para levantamento de participantes. Primeiramente, a pesquisadora realizou o levantamento de CEREST existentes do Brasil. Isso se deu por meio de uma lista oficial da RENAST disponibilizado no próprio site da rede, que possui dados descritivos e de contatos de cada CEREST como exemplo: cidade em que está situado, tipo de CEREST (se estadual, regional ou municipal) e telefone e *e-mail* institucionais. Esta lista consta no Anexo A deste trabalho. Foram enviados, então, e-mails para os CEREST apresentando a pesquisa e pedindo para que sinalizassem se ali naquele serviço havia ou não um psicólogo na equipe. Em resposta, foram recebidos cerca de 140 *e-mails* entre

respostas institucionais, indicações de outros serviços e de outros contatos e também envios de questionários para os respectivos e-mails.

Em um segundo momento de levantamento a pesquisadora realizou o contato com os CEREST por meio de redes sociais, momento no qual acessou cerca de 40 páginas *on-line* de CEREST desses Centros e obteve retorno de apenas 12 com a informação se havia ou não psicólogo naquele serviço, sendo que o baixo retorno foi devido a desatualização de informações nas páginas *on-line*, que continham informações, inclusive, bastante defasadas. A pesquisadora também participou de grupos *on-line* sobre o tema nas redes sociais que congregavam diversos profissionais da área que auxiliaram na divulgação da pesquisa e na indicação de profissionais para o estudo. A imagem utilizada para divulgação do estudo foi criada pela pesquisadora e consta no apêndice E deste estudo.

O terceiro momento de levantamento de contatos foi por meio da obtenção de uma lista de contatos de todos os coordenadores dos CEREST do Brasil obtido juntamente à uma profissional do Departamento de Saúde Ambiental e ST - do Ministério da Saúde, esta lista auxiliou no contato direto com os responsáveis pelo serviço, pois nesses momentos os mesmos podiam indicar e contatar diretamente o psicólogo da equipe (para os casos onde existiam). O fornecimento da lista oficial da funcionária do Ministério da Saúde, bem como as respostas obtidas com o envio para os *e-mails* mais direcionados e não apenas institucionais, demonstrou que havia desencontros e desatualizações de informações em relação à lista disponibilizada no site da RENAST, tais desencontros são descritos na primeira seção dos Resultados.

Tabela 1 - Síntese do quantitativo dos participantes

Descrição	Nº Contatos	Percentual Participação
Contatados respondidos por e-mail ou redes sociais	176	82,24% <sup>5</sup>
Não responderam	12	5,06%*
Total de Psicólogos respondentes	56	50,00%**
Aceitaram entrevista	27	12,61%***
Psicólogos entrevistados	7	3,27%***

Fonte: Autora (2018)

Em suma, os números obtidos após os levantamentos e contatos feitos de acordo com a tabela 01 são: dos 214 CEREST que constam como oficialmente registrados na RENAST 176 responderam ao contato da pesquisadora, seja por e-mail, redes sociais ou aplicativo de conversas e 12 não responderam. Já o número de psicólogos participantes é menor do que o de CEREST uma vez que não há psicólogos em todos os CEREST, para este estudo 56 aceitaram participar da etapa do questionário. 27 destes aceitaram participar da entrevista e sete destes de fato participaram. Parte-se então para a explicação sobre os procedimentos referentes à coleta de dados.

<sup>5</sup> \* Considerando o total oficial de CEREST conforme o Portal de Saúde (2017) (n=214);

\*\* Considerando o total de psicólogos identificados pelo presente estudo (n=112);

\*\*\* Considerando o total de psicólogos participantes deste estudo (n=56).

### 3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu de três formas diferentes, em que duas fontes de informação foram diretas, como é o caso do questionário e da entrevista, e uma fonte de informação indireta que consiste em uma análise documental tanto dos principais materiais bibliográficos relacionados ao tema da pesquisa (leis e portarias da RENAST e CEREST).

Em todos os contatos foi buscado identificar os locais de trabalho dos profissionais e seus contatos eletrônicos para possível envio das explicações da pesquisa, bem como o termo de assentimento (equivalente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pesquisas com coleta *on-line*) com questões éticas. Após isto fora encaminhado o acesso ao questionário *on-line* para os *e-mails* dos participantes, o questionário também continha uma síntese dos principais pontos do termo de assentimento e apenas após sua leitura o participante podia acessar as perguntas. A primeira mensagem apresentada aos participantes no acesso ao questionário consta no apêndice E deste material e o roteiro do questionário na maneira tal qual os participantes acessavam está no apêndice F. Adiante são descritos os três instrumentos de coleta de dados.

#### 3.5.1 Instrumentos de coleta de dados

##### 3.5.1.1 Questionário

Nesta pesquisa a coleta de dados primários foi realizada a partir do preenchimento de um questionário semiestruturado. Cabe salientar também que a escolha pelo instrumento questionário se deu pelo objetivo de tentar obter um alcance maior de participantes, uma vez que todos os psicólogos de CEREST do Brasil foram contatados e convidados, assim, o objetivo com a escolha deste instrumento era de que todos os participantes pudessem participar deste estudo.

O questionário é um instrumento de coleta de dados que possui uma quantidade de perguntas dispostas de forma ordenada e que permite acessar opiniões, crenças e valores de diferentes públicos-alvo (MINAYO, 2007). Questionários podem ser entendidos como um conjunto de questões, organizadas de forma que gere dados necessários para se responder a problemática de pesquisa anteriormente proposta. De forma similar, para Kothari (2004), um “*questionnaire consists of a number of questions printed or typed in a definite order on a form or set of forms*”. Entende-se então que é um instrumento simples e útil para coleta de dados primários, capaz de refletir opiniões de forma geral do público qual foi submetido. O questionário é tido como “o coração da pesquisa”, pois é fonte significativa dos dados que irão auxiliar na resposta da problemática desenvolvida pelo pesquisador. É um mecanismo acessível em termos econômicos e eficiente para coleta de dados primários confiáveis. É de consenso na literatura que a construção do questionário deve ser realizada com cuidado norteada pelos objetivos, hipóteses, justificativas e pelo problema de pesquisa para que o pesquisador atinja satisfatoriamente seus objetivos.

Os questionários podem ser divididos basicamente em estruturados, semiestruturados e não estruturados, em que os estruturados correspondem àqueles com perguntas respostas fechadas pré-estabelecidas, úteis para medir em escalas, múltiplas escolhas, conjunto de variáveis, notas, impactos, grau e outros fenômenos passíveis de mensuração através desse tipo de instrumento (KOTHARI, 2004). Para Gangrade (1982) o questionário semiestruturado contempla tanto questões fechadas e objetivas quando consegue captar informação pertinente do participante a partir de perguntas abertas, em que há maior participação dos envolvidos a partir da subjetividade e das respostas e atitudes pessoais. O questionário semiestruturado foi escolhido, então, a fim de facilitar capturar melhor a perspectiva dos envolvidos, bem como dar maior robustez à análise.

Nesta pesquisa foi utilizado do método de questionário previamente elaborado pela pesquisadora e contou com 25 questões, sendo elas abertas e fechadas e o conteúdo das questões dividido em quatro grupos de perguntas, a primeira e a segunda parte sobre os dados sociodemográficos do participante do serviço de atuação, respectivamente, a terceira parte perguntas sobre a intervenção do profissional e a quarta e última parte sobre suas concepções em relação à RENAST e serviços de atuação, sobre o que é trabalho, saúde e sobre SM e sua relação com trabalho. Alguns exemplos de estudos que contemplam este assunto e indicam temas e pontos a serem analisadas são os confeccionados por Sato, Lacaz e Bernardo (2006), Dias (2010) e Keppler (2015) e por este motivo estas pesquisas foram consultadas e embasaram a formulação do questionário deste projeto de pesquisa.

No final do questionário havia uma pergunta convidando os respondentes a participar de uma entrevista *on-line* com a pesquisadora (ao final do apêndice F), a fim de aprofundar os assuntos vistos no instrumento anterior. 27 participantes destacaram que aceitariam participar, no entanto, a entrevista foi realizada com sete deles, pois, os demais não responderam ao *e-mail* da pesquisadora após ter realizado a conferência dos nomes que aceitaram. O roteiro do questionário está no apêndice A deste estudo e sua forma de apresentação na plataforma consta no apêndice F, como explicado anteriormente.

As dimensões descritoras, subdivididas em quatro partes, estão contidas no questionário exposto na próxima página, no Quadro 03:

Categorias	Subcategorias	Número de questões
Parte 01 - Dados sociodemográficos do participante	Gênero, macrorregião de atuação e tempo de atuação em saúde do trabalhador	03
Parte 02 - Dados sociodemográficos do serviço de atuação	Dados sobre o serviço e sobre a equipe profissionais da equipe	04
Parte 03 - Intervenções e instrumentos do Profissional	Atividades que realiza, abordagem teórica/técnica; Instrumentos: inventários, roteiro de entrevistas	07
Parte 04 – Concepções	Concepções sobre a RENAST, sobre trabalho; Saúde Mental e RENAST e trabalho	11
Total de questões		25

Quadro 3 -Descrição das dimensões que compõem o questionário

Fonte: a autora (2019).

Algumas explicações para a definição de quantidades de questões em cada dimensão são as seguintes: não se pretendeu explorar profundamente os dados sociodemográficos desses trabalhadores, afinal, estudos como o de Keppler (2015) já traçaram um perfil sobre o psicólogo brasileiro que atua em CEREST. Portanto, pretende-se abordar o mínimo de questões que permitam compreender esse profissional e o espaço em que atua. Assim, um número maior de questões está reservado a compreender as concepções e intervenções realizadas pelo profissional.

O questionário utilizado nesta pesquisa foi respondido por meio de uma plataforma *on-line*, uma vez que os participantes são de diferentes estados do país, dificultando o contato face a face. Deste modo, o questionário foi enviado por *e-mail* via *Google* Formulário a cada um dos participantes, para que pudessem acessar de suas residências ou locais de trabalho.

### 3.5.1.2 Entrevista

A entrevista é um considerada um instrumento qualitativo bastante eficiente para fornecer dados primários e é comumente realizada por meio de um formato colaborativo de interação entre pesquisador e entrevistado e que fornece informações valiosas dos entrevistados a partir de questionamentos. Além disto, é um instrumento usado para coletar dados mais “ricos”, que geralmente retratam a história de vida dos indivíduos, e cabe ao entrevistador fazer o papel de uma “escuta ativa”, ao permitir o desenrolar da fala dos participantes. Para que isso ocorra de maneira satisfatória, o entrevistador deve tomar alguns cuidados como o modo que se apresenta ao entrevistado, a construção e manutenção da confiança do entrevistado, bem como as tentativas de interpretar o mundo do entrevistado a partir da visão dele (SILVERMAN, 2009).

A entrevista confeccionada e realizada era do tipo semiestruturada, isto é, um roteiro pré-definido, mas que permitiu inclusões e adequações na hora de sua execução. Conforme Laville e Dione (1999) esse formato de entrevista permite flexibilidade na condução da coleta de dados, possibilitando também uma maior interação entre o entrevistado e o entrevistador e aprofundamento do diálogo e compreensão das informações do participante.



O roteiro de entrevista (Apêndice B) possui 18 questões abertas, e seu conteúdo está resumido no 4 exposto na sequência:

Categorias	Subcategorias	Nº de questões
Parte 1. Dados sociodemográficos do participante	Gênero, macrorregião de atuação e tempo de atuação em saúde do trabalhador	03
Parte 2. Dados sociodemográficos do serviço de atuação	Tipo de CEREST que atua	01
Parte 3. Roteiro de perguntas sobre concepções Opinião do profissional sobre temas relativos a atuação, ao serviço e à RENAST.	Concepção sobre RENAST e sobre a atuação do psicólogo na área de Saúde do Trabalhador e atividades realizadas.	14
Total de questões		18

Quadro 4 - Descrição das dimensões que compõem a entrevista  
Fonte: a autora (2019).

O Quadro 4 demonstra que as questões da entrevista eram mais amplas e descritivas do que o questionário e ao mesmo tempo visavam explorar questões distintas quando comparadas ao questionário. No entanto, um primeiro momento sobre dados sociodemográficos também foi necessário para compreender pelo menos um aspecto: o serviço no qual o psicólogo atua. As questões sobre concepções e práticas dos profissionais foram embasadas nos conteúdos expostos por Sato, Lacaz e Bernardo (2006), Keppler (2015), Cardoso (2015) e o documento do CREPOP (2008) que trata da atuação do psicólogo no campo da ST.

Após conferido os participantes que aceitaram participar da entrevista, a pesquisadora fez contato com eles e agendou um momento para entrevistá-los por meio de uma chamada de vídeo *on-line*.

Os roteiros de ambos os instrumentos passaram por uma etapa de pré-testagem ainda no primeiro semestre de 2018. A pesquisadora solicitou a três profissionais de Psicologia com atuação e experiência em ST que respondessem e analisem os instrumentos. Esse momento foi fundamental para identificar se o instrumento atendia ao objetivo da pesquisa, se a linguagem estava clara, bem como o tempo que o participante levaria para respondê-lo, entre outras questões que aprimoraram o roteiro da entrevista.

### 3.5.1.3 Análise documental

A análise documental exige do pesquisador capacidade de interpretação, pois conforme Atkinson (1997, p. 55) “*documents do not stand alone*” eles necessitam de um *frame* teórico para sustentar tais evidências e tornar-se entendíveis. É um procedimento que permite a análise de fontes de informação já existentes, isto é, secundárias (LAVILLE; DIONE, 1999). A pesquisa documental é um método de pesquisa que possui informações relevantes para o pesquisador acerca do objeto ou fenômeno do estudo (BAILEY, 1994). Este método de pesquisa é utilizado para investigar ou categorizar fontes físicas, comumente escritas, seja de domínio público ou privado. A pesquisa documental possui grande evidência no campo da investigação social por ser um rico instrumento de coleta de dados. Ainda, é preciso seguir

critérios para analisar documentos, tais como identificação de sua origem, sua autoria, a intencionalidade para a qual foi criado, entre outros.

Em linhas gerais um documento pode ser entendido de forma abrangente como um “texto escrito”, ou seja, uma informação descrita acerca de algo. Para Guba e Lincoln (1981) um documento é qualquer material escrito que não seja um registro escrito especificamente para a resposta do pesquisador.

Os dados documentais dessa pesquisa foram normativas relacionadas ao tema da pesquisa, neste caso as principais leis e portarias que regulam e orientam os serviços do SUS, da RENAST e dos CEREST, além de buscar compreender aspectos pré-definidos e relacioná-los na análise de dados com os outros dados encontrados.

O roteiro da análise documental foi composto pela descrição dos seguintes itens: nome do documento analisado, data da publicação, autoria, principal característica (se legislativo, informativo, orientativo), as principais informações que continha, objetivo do texto, argumento e conceitos. 4 materiais foram selecionados conforme alguns critérios: terem sido citados pelos participantes do estudo como materiais de seus conhecimentos e utilização e serem materiais balizadores da área da ST, em abrangência nacional. Os materiais escolhidos para análise foram: Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/ BRASIL, 1990), a Portaria 2.437 (BRASIL, 2005), Portaria 1.679 (BRASIL, 2002 e Instrução Normativa 205 de 1988, os critérios de escolha foi serem legislações fundamentais da área.

### 3.5.2 Situação e Ambiente da coleta de dados

A obtenção de dados foi essencialmente *on-line* nas duas primeiras etapas, por meio do questionário enviado aos participantes e a entrevista que se deu por vídeo-chamada. A análise documental foi feita de forma a acessar as principais leis e resoluções relacionadas ao serviço de SM do trabalhador, por meio do acesso a materiais bibliográficos e eletrônicos, para este momento foi elaborado um roteiro de análise dos documentos, procedimento comum em análises documentais, de modo a orientar o processo de análise dos materiais [CELLARD, 2008].

## 3.6 ANÁLISE DE DADOS

Toda coleta de dados exigiu um primeiro momento de organização dos dados obtidos, e visto que os instrumentos são de naturezas diferentes, também a organização dos dados obtidos foi diferente, sendo que os dados obtidos no questionário foram transportados para uma planilha do *Excel* a partir da plataforma na qual estavam e tabulados. As informações obtidas na entrevista *on-line* foram gravadas e posteriormente transcritas conforme matrizes com o núcleo principal das informações obtidas e as categorias e subcategorias pré-definidas e/ou que emergiram após a análise. Após a transcrição, foi possível elaborar um quadro das matrizes confeccionadas. Por fim, os dados obtidos com a análise documental foram inseridos

em tabelas que orientam a organização do material conforme determinado procedimento e regras descritos na seção referente a explicação da Análise Documental.

As questões fechadas de ambos os instrumentos foram analisadas por meio de Estatística Descritiva Básica, enquanto as questões abertas, tanto do questionário quanto das entrevistas, foram analisadas pelo procedimento da Análise de Conteúdo, que possui um uso expressivo na área da Psicologia por meio de “1) organização das análises pelas características do material e 2) condução da análise conforme os objetivos traçados na pesquisa” (CASTRO, ABS; SARRIEIRA, 2011, p. 816).

A Análise do Conteúdo é um conjunto de técnicas e instrumentos qualitativos e quantitativos proposto por Bardin (1977) e que visa analisar e dar significado aos dados acatados por meio de três procedimentos principais: organização, categorização e tratamentos dos dados. Segundo Campos (2004), o agrupamento das análises pode ser realizado através da criação de categorias de conteúdos que podem ser estabelecidas a partir da frequência com que o conteúdo aparece ou pela sua relevância, junto a isto é importante definir critérios de inclusão e de exclusão para as categorias. A partir desses procedimentos é possível criar inferências. Na presente pesquisa foi agrupando as respostas obtidas em categorias a partir de suas similaridades e ocorrência, fornecendo então o nome da categoria e exemplos da fala, isto se deu tanto com os resultados dos questionários quanto da entrevista.

As descrições dos resultados obtidos serão também expostas em tabelas, gráficos e mapas, este último referente à distribuição geográfica dos participantes. Além disto, pretendeu-se analisar as respostas dos participantes considerando a ligação dos conteúdos com as teorias de SM e Trabalho citadas nesse trabalho. Por fim, é válido mencionar que a discussão dos achados buscou a triangulação, que consiste na obtenção de informações de diferentes naturezas e que gera amplitude e complementaridade, conforme Minayo (2007).

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido inicialmente ao CEPESH da UFSC, via Plataforma Brasil, após o momento da qualificação obtendo aval conforme o parecer número 2.878.434. Deste modo, todos os princípios éticos em pesquisas com seres humanos, que são destacados na Resolução 466/2012 e a 510/2016, foram respeitados visando preservar a identidade e integridade dos participantes.

Uma das partes fundamentais de cuidados éticos foi nos dois momentos de coleta de dados, momentos em que foram apresentadas aos participantes informações essenciais sobre a pesquisa e sobre sua participação, sendo elas: antes da participação efetiva foram informados que a participação é gratuita e que podem desistir a qualquer momento, também foram apresentados os objetivos do estudo e no que consiste sua participação. Foi fornecido o Termo de Consentimento, que continha todas as informações referentes a pesquisa e somente após a leitura destas informações o participante conseguia acessar as perguntas, no caso do questionário, e somente após as explicações da pesquisadora por entrevista por vídeo

chamada era iniciada a sessão de perguntas e respostas. Também foi informado aos participantes que após a conclusão do estudo será encaminhado a todos a síntese e o material integral desta pesquisa.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Devido a amplitude do estudo, a seção de Resultados e Discussão está dividida em tópicos, na seguinte sequência:

Na primeira parte são apresentados os dados sociodemográficos de:

- 1 - CEREST: abordado e apresentado dados do serviço, formação da equipe, presença ou não do psicólogo, entre outros pontos. As informações trazidas nesta seção são da etapa de localização e contato com os participantes, que trouxe dados suficientes para elaborar um perfil geral dos CEREST (Como a atuação dos psicólogos em CEREST está necessariamente relacionada ao espaço em que estes atuam, também foram apresentados os dados obtidos sobre os CEREST para assim promover uma visão como um todo do objeto de estudo deste trabalho). No entanto, cabe lembrar que o objetivo primário deste estudo não é destacar informações sobre o funcionamento do CEREST como é o caso de estudos com o feito por Cardoso (2015), mas sim entender a atuação dos psicólogos neste espaço;

- 2 - Psicólogos que atuam em CEREST: Neste segundo momento são apresentados os dados sociodemográficos, como dito anteriormente, dos psicólogos, isto é, predominância de gênero, distribuição pelo país, entre outras questões pertinentes que relevam o perfil desta classe. Os dados apresentados nessa seção foram obtidos com a aplicação do questionário.

Num segundo momento passa-se para informações mais amplas referentes aos psicólogos, abordado através de dois subtópicos:

- 1 - Principais intervenções que estes profissionais realizam em seus espaços de trabalho e passando na sequência para a;

- 2 - Concepção que os psicólogos possuem sobre temas como Saúde, SM e trabalho, RENAST, entre outros.

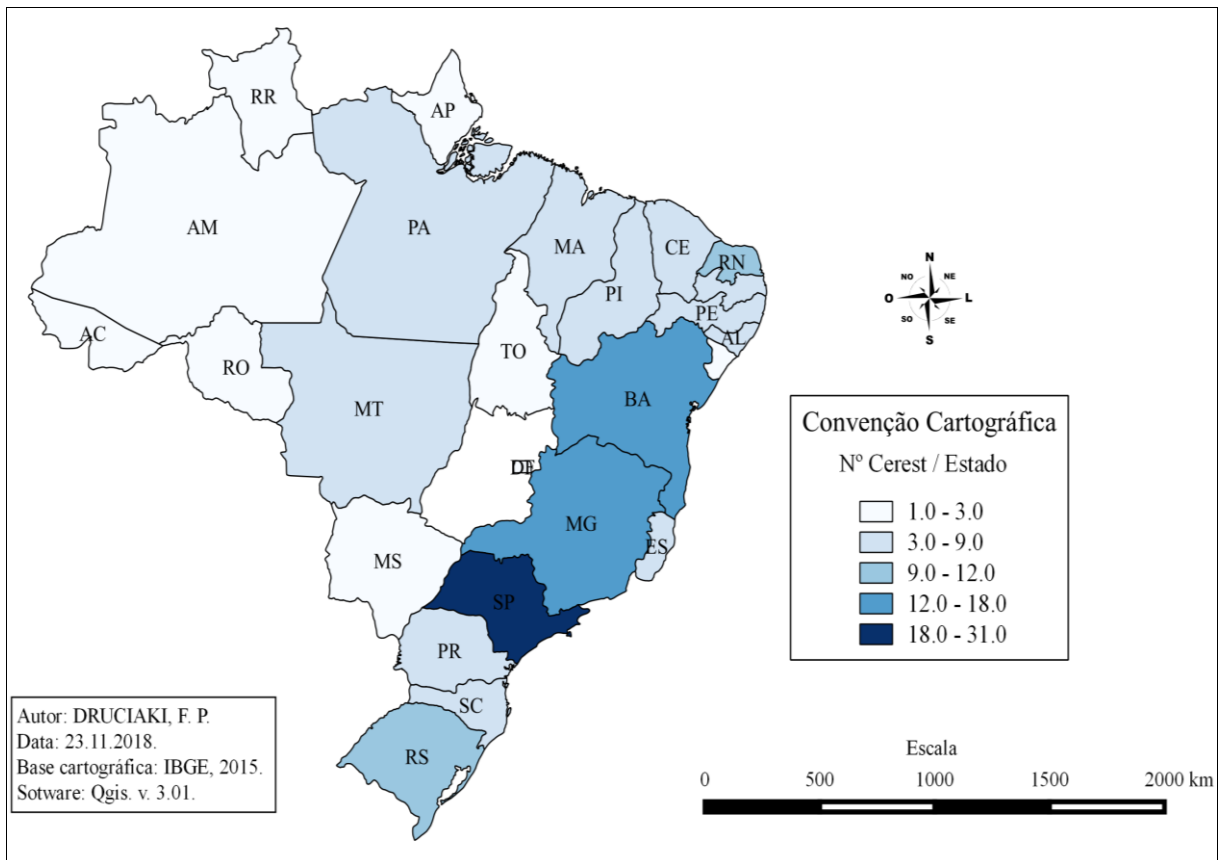
### 4.1 DADOS SOBRE OS CEREST

#### 4.1.1 Distribuição pelo país<sup>6</sup>

Neste primeiro momento apresenta-se o número de CEREST que foi encontrado a partir da pesquisa e ressalta-se que embora a informação oficial mais recente afirme que existam 209 CEREST (RELATÓRIO – RENAST, 2016), a autora encontrou, a partir do contato com representantes setoriais do SUS em ST e CEREST, o número de 188 CEREST. A seguir é exposto a distribuição dos CEREST identificados no levantamento, a partir do Mapa 01, exposto na próxima página:

---

<sup>6</sup> Esta seção é similar a 4.2.1, a diferença é que esta apresenta a distribuição de CEREST pelo país enquanto no item 4.1.1 a distribuição apresentada é referente a distribuição da presença dos psicólogos nos CEREST.



Mapa 1 - Distribuição dos CEREST que fizeram parte do estudo  
 Fonte: IBGE (2015); a autora (2019).

A partir do Mapa 1 pode-se perceber que há estados que possuem mais CEREST em seu território, sendo necessário considerar todas as ressalvas geográficas, econômicas, históricas e culturais que explicam tal distribuição. São Paulo é seguramente o estado com mais CEREST, foram identificados 31, na sequência está Minas Gerais com 17, Bahia com 15, Rio Grande do Sul 12 e Rio de Janeiro 11. Em contraste, Acre, Distrito Federal, Sergipe e Tocantins possuem apenas um cada um.

Em relação aos estados que mais possuem CEREST a partir do levantamento deste estudo, a Portaria 2.437 (BRASIL, 2005) prevê a seguinte quantidade: São Paulo possui 42, Minas Gerais, 19, Bahia 15, Rio Grande do Sul 12 e Rio de Janeiro 16. Ao comparar estes dados é possível perceber que esta pesquisa obteve contato de todos os CEREST da Bahia e do Rio Grande do Sul, sendo então ambos os estados com representação de 100% neste estudo, também é significativo o retorno do estado de Minas Gerais, onde apenas dois CEREST não responderam ao estudo.

Deste total, foi identificado a partir do contato com gestores e demais membros das equipes de CEREST que 176 estão ativos e seis desativados ou em desabilitação. Os CEREST pertencentes a este segundo grupo são: CEREST Regional Vila Velha no Espírito Santo, CEREST Regional Diamantina, CEREST Rural Unaí, CEREST Rural Divinópolis ambos no estado de Minas Gerais, CEREST Regional Tupã no estado de São Paulo e CEREST Regional Palmas no estado de Tocantins. Também foi identificado

seis CEREST que estão ainda em fase de implantação, sendo eles: CEREST Regional Nova Friburgo no estado do Rio de Janeiro, CEREST Regional de Santa Rosa no estado do Rio Grande do Sul, CEREST Regional Tucuruí no estado do Paraná, CEREST Estadual do estado de Sergipe, CEREST Regional Sé na cidade de São Paulo e CEREST Regional Itacotiaria no estado de Manaus.

#### 4.1.2 Tipo

Outro ponto citado anteriormente e que também foi averiguado no estudo é referente as tipologias dos CEREST que definem suas responsabilidades e abrangência e que, por consequência, impactm nas ações dos psicólogos entrevistados. O Gráfico 1 apresentado na próxima página, demonstra a distribuição dos participantes do estudo conforme as tipologias de CEREST:

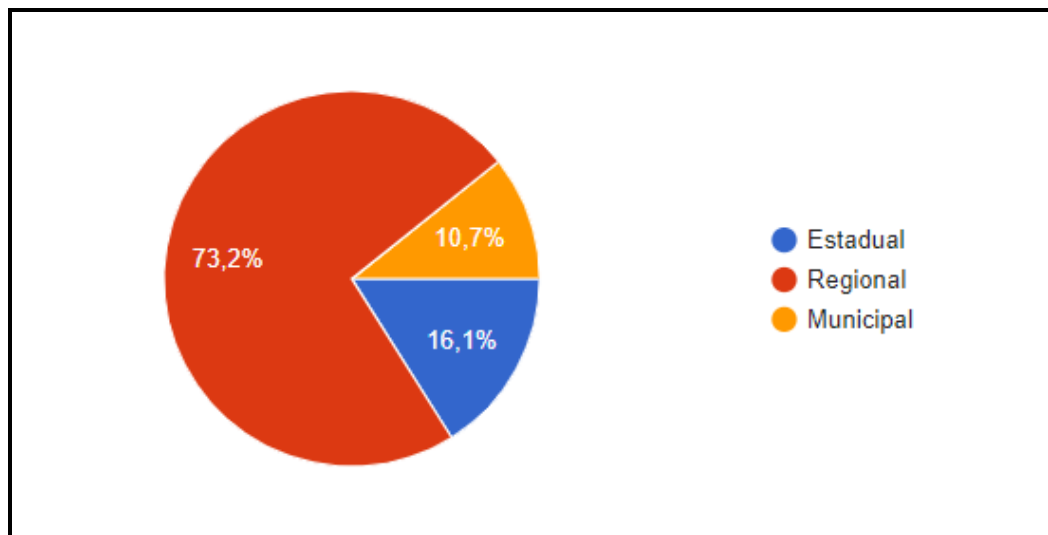


Gráfico 1 - Distribuição dos participantes conforme tipo de CEREST em que atua.  
Fonte: a autora (2019).

A partir do levantamento foi constatado que 41 dos participantes (73,2%) atuam em CEREST Regional. A segunda predominância (09 participantes, o equivalente a 16,1%) é de atuação em CEREST Estadual. Uma informação complementar é que os CEREST Estaduais são prioritariamente alocado nas capitais dos estados, com exceção do serviço do Espírito Santo que fica localizado no interior do estado, na cidade de Cariacica. A pesquisadora contatou a gestora do serviço que explicou que: “o Cerest estadual nasceu lotado na capital e por questões de infraestrutura (espaço físico) mudou-se para o município de Cariacica” (Participante 29). Apenas seis participantes (10,7%) atuam em CEREST Municipal.

Um adendo importante é o fato de apenas dois participantes desta pesquisa atuar em CEREST rural, isto liga-se ao fato da área de ST ter se construído, preponderantemente e principalmente no início, na e para o contexto urbano, muitas vezes explicada junto aos processos de trabalho essencialmente urbanos (KEPPLER, 2015) devido ao número superior de trabalhadores nos grandes centros. No entanto, o número total de CEREST rurais é expressamente menor do que quaisquer dos outros tipos, também menor é o

quantitativo de estudos sobre essa especificidade de CEREST, segundo a Plataforma Online da RENAST (2018) o número de CEREST rurais atualmente é de apenas oito.

#### 4.1.3 Equipe

O CEREST, assim como a área de ST de maneira geral, é um espaço de atuação de diferentes áreas de formação (BRASIL, 2005). Em relação a equipe dos serviços, observou-se que a maioria dos profissionais que compõe a equipe dos CEREST juntos com os psicólogos são enfermeiros (92,9%), assistentes sociais (55,4%), médicos (48,2%), fonoaudiólogos (42,9%) e fisioterapeutas (32,1%). Outras especialidades que apareceram em menor proporção foram: engenheiro e técnico do trabalho, terapeuta ocupacional, engenheiro agrônomo, médico veterinário, educador físico, advogado, técnico e também auxiliar de enfermagem, biólogo e nutricionista, estes últimos com presença de 1 a 2% das respostas. Estes dados são similares aos achados de Cardoso (2015) com exceção do fonoaudiólogo, especialidade que não fora identificado na pesquisa da autora.

Como visto anteriormente, a Portaria 2.437 (BRASIL, 2005) não aponta nenhuma profissão como prioridade para estar no CEREST e sim uma lista de profissionais que podem estar neste espaço, a depender de questões políticas, econômicas e de demais possibilidades de cada serviço, então não há como fazer uma comparação entre o desejado e o real, mas sim afirmar que dentre os profissionais recomendados para estar nos CEREST os que mais estão são os enfermeiros (92, 1%).

Como citado no Referencial Teórico, a Portaria 2.437 (BRASIL, 2005) indica que a equipe do CEREST deve ser composta pelos profissionais citados acima, tendo algumas distinções para tipos diferentes de CEREST. Os dados obtidos revelam, porém não de maneira conclusiva, que existe proximidade entre o previsto pela lei e a realidade dos recursos humanos em CEREST, questão que também havia sido evidenciada por Machado *et al* (2013).

#### 4.1.4 Ações de Saúde Mental

49 dos participantes, o que representa 87,5% da amostra, afirmou que o CEREST em que atua realiza ações de SM, sejam essas ações executadas apenas pelo psicólogo ou em conjunto com outros profissionais. Na contramão, 7 participantes (12,5%) afirmaram que o serviço que atuam não realiza ações em SM, o que induz a conclusão de que ter um psicólogo na equipe não é a garantia de que aquele serviço executará ações de SM. Cardoso (2016) também percebeu que ainda são incipientes as iniciativas dos CEREST voltadas à SM. A autora afirma que, no entanto, esta é uma necessidade urgente uma vez considerada o crescente número de adoecimentos mentais por conta do trabalho em termos gerais e aos que chegam ao CEREST em busca de atendimento e orientações.



Segue as atividades em SM mais executadas pelos CEREST, exposto no Quadro 05, sendo que tais atividades não necessariamente contam com a presença do psicólogo em sua realização, as que o psicólogo, especificamente, executa estão descritas mais adiante.

Atividade realizada e frequência	Subtipo de atividade realizada	Nº de CEREST que executam	Exemplos de atividades por fragmentos do questionário
Atividades educativas (21)	Palestras direcionadas à trabalhadores	12	Realizados com: bancários (P. 07) com trabalhadores que possuem dor crônica (P. 12), com pacientes com sintomas de depressão/ansiedade (P. 52)
	Palestras em Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho (SIPAT)	01	
	Grupos psicoeducativos	02	
	Não especificada	06	
Processos avaliativos (15)	Diagnóstico	04	“Atendimento para avaliação da relação doença - trabalho” (P. 18)
	Estabelecimento de Nexo Causal	11	
	Avaliação psicológica	01	
Suporte à rede (15)	Matriciamento de equipes	05	“Suporte a Rede de Saúde e Atenção básica sobre cuidados e notificação em transtornos mentais que possam estar relacionados com o trabalho” (P. 16)
	Capacitações	10	
Fiscalização e vigilância (15)	Fiscalização	03	“A vigilância na organização do trabalho/vigilância e ST” (P. 05)
	Vigilância	12	
Atendimentos (15)	Individual	06	“Atendimento individual” (P. 04)
	Grupal	06	“Feito de maneira multiprofissional” (P. 33)
	Não especificada	06	“Poder proporcionar ao trabalhador atendido no serviço um atendimento integral” (P.19)
Psicoterapia (11)	Individual	08	“atendimentos psicoterápicos” (P.15)
	Grupal	03	“grupos com bancários” (P. 07)
Acolhimento (06)	Não especificada	06	“Acolhimento em ST (processo de "atendimentos" até a solução do problema)” (P. 21)
Encaminhamentos para a rede de SM (04)	Não especificada	04	“encaminhamentos para rede de saúde mental” (P. 06)
Atividades na área de Prevenção (04)	Não especificada	04	“Relacionadas a temas em SM, como Assédio Moral no trabalho, Síndrome de Burnout, Alcoolismo no trabalho, entre outros” (P. 18) “através de palestras” (P. 23)
Realização de escuta (06)	Individual e/ou coletiva	06	“Escuta individual e coletiva (Grupoterapeutico)” (P. 02)

Quadro 5 - Atividades realizadas pelos CEREST na área de Saúde Mental  
Fonte: a autora (2019).

Como observado no Quadro 05 a atividade de SM mais realizada pelos CEREST (n=21) é de educação. As ações de avaliação de SM são realizadas por 15 CEREST, especialmente ações de identificação de nexos causais (n=11). Diferente deste estudo, Cardoso (2015) identificou que as ações de SM em CEREST são sobretudo referentes à formulação de nexos causais.

De igual frequência à atividade anterior (n=15) são as ações de Suporte à Rede, isto é, de matriciamento e capacitações. O matriciamento refere-se a um processo compartilhado entre serviços (um de referência e outro de apoio) que visa promover uma retaguarda especializada e fornece suporte técnico

(CAMPOS; DOMITTI, 2007). Este grupo de atividades voltados aos serviços da rede são extremamente relevantes, sobretudo quando realizados na atenção básica – como é o caso do que o Participante 16 se referiu - que é a principal referência na reordenação da saúde. É possível perceber, em diferentes momentos da coleta de dados, que diversos participantes possuem convicção sobre a importância do matriciamento e capacitações, buscando obter resultados como os profissionais da rede básica saberem detectar questões relacionadas ao trabalho, como é o caso que expõe o participante 50 e 48.

Também foi 15 o número de participantes que responderam realizar VISAT e fiscalização. A VISAT é uma das ações mais importantes em ST e

Compõem um conjunto de práticas sanitárias, articuladas supra setorialmente, cuja especificidade está centrada na relação da saúde com o ambiente e os processos de trabalho e nesta com a assistência, calcado nos princípios da vigilância em saúde, para a melhoria das condições de vida e saúde da população. (Port. MS. GM 3120/98, s/p).

A VISAT é uma atuação sistemática que busca conhecer e analisar determinantes sociais de saúde relacionados ao ambiente de trabalho (BRASIL, 2002b). Ainda, ganha contornos distintos por especificar sua investigação e intervenção à processos de trabalho com a saúde (SANCHEZ, 2009). O número expressivo de CEREST que realiza tais atividades demonstra que pode haver uma sólida compreensão por parte deles sobre o papel fundamental da vigilância na ST, questão exposta em diversos documentos referências na área. No entanto, o número de CEREST que realiza VISAT e que foi encontrado por esta pesquisa (n=15, 26,07%) é menor do que o identificado pela Relatório da RENAST em 2016, que identificou que 67,35% dos CEREST no Brasil realizavam VISAT.

Como exemplo, a participante 30 relatou “preferir” não realizar a prática de fiscalização e a participante 19 afirma que só faz em exceções, como exemplo quando já fora comprovado que houve TMRT, entretanto, esta segunda prática distancia-se de um dos pressupostos do CEREST que é atuar em prevenção, isto é, quando os agravos ainda não ocorreram. Sanchez (2009) *et al* afirma, empiricamente, a importância dos CEREST realizarem ações fiscalizatórias, sobretudo, junto as vigilâncias do município e do estado, pois através dessas atividades é possível obter responsabilidade sanitária de agravos e riscos à ST.

Também em uma frequência de 15 CEREST foi encontrado a atividade de Atendimentos. As atividades de atendimento não possuem protocolo específico para sua realização (CARDOSO, 2015), podendo então adquirir características bastante variadas.

As atividades de Psicoterapia são executadas por 11 CEREST e será melhor discutida na sessão 4.3.3.6, por se tratar de uma atividade regulamentada para psicólogos conforme a Resolução 010 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000).

As ações de Acolhimento foram destacadas por 06 participantes e descritas em momentos do questionário e entrevista como uma atividade essencialmente realizada por todos os profissionais do CEREST. O participante 01 explicou a importância do acolhimento ao afirmar que no acolhimento é possível destacar pontos preventivos e assim “que não piore a situação”.

Quatro destacaram eu os CEREST que atuam realizam encaminhamentos, uma questão central na compreensão de que o CEREST não deve concentrar suas ações e sim ser polo irradiador de ST para os demais serviços do SUS (BRASIL, 2002). Também é quatro o número de CEREST que realiza ações de prevenção. No entanto, há uma ressalva: em outros momentos da coleta de dados percebeu-se que alguns participantes se referem à ações de prevenção como sinônimos de educação. De todo modo, participantes como o 01 afirmam que a prevenção é pouco realizada pelos CEREST: “infelizmente predomina assistência e muito pouco, quase insignificante o trabalho preventivo”.

Realização de escuta é uma praticada executada em seis CEREST. Foi possível notar que os participantes que descreveram realizar “escuta” também buscaram destacar a diferença deste tipo de atividade com psicoterapia, como exemplo, para isto deram o nome da atividade que realizam de “escuta qualificada” (Participante 01). A participante 17 também buscou distinguir do trabalho psicoterápico, ao destacar que “Às vezes acontece de uma demanda muito pontual, de uma escuta mais qualificada, mas isso muito raramente, nós acabamos (...) a depender da demanda nos podemos oferecer uma escuta qualificada àquele trabalhador mas são casos muito raros”. O termo escuta remete à Psicanálise e à Psicodinâmica do Trabalho e inclusive é um de seus métodos de trabalho, tal dado possui relação com o fato de 30,4% dos psicólogos exercerem suas funções utilizando-se de princípios da Psicanálise, como visto.

Algumas ações de menor frequência são: ações de promoção (n=03), Participação de comitês e ações de outros serviços (n=02) como Comitê de Prevenção ao Suicídio, Elaboração de materiais psicológicos (n=02) como relatórios, Parcerias com outros serviços do SUS (n=02) e orientações (n=02).

Segue algumas atividades que foram citadas apenas uma vez cada uma: Discussão de Casos, Assistência, pesquisa, triagem e organização de eventos maiores, que é entendida por alguns participantes (como o participante 18) como também uma ação de prevenção.

#### 4.1.4.1 Realização de informes em SM

Além disto, foi observado que 78,6% (n=44) dos CEREST de atuação dos participantes da pesquisa realizam informes com notificações sobre agravos e transtornos mentais relacionados à SM, enquanto 21,4% (n=12) não realiza. A notificação de doenças mentais é feita pelo SINAN, um instrumento relevante que consiste em uma base de informes gerais nutrido pela notificação e também investigação de doenças e agravos constantes na de lista de doenças compulsórias. O SINAN auxilia na realização de estudos epidemiológicos e desta maneira sua utilização ampara diagnósticos, explicações e entendimentos de causas de agravos de notificação compulsória, democratizando essas informações (BRASIL, 2006), e conforme o material obtido com a secretaria de vigilância em saúde do MS o SINAN auxilia também na decisão, planejamento, execução e avaliação de ações do MS (SOUZA, s/a).

Apesar de ser uma atividade bastante presente nos CEREST, tanto para o estabelecimento de nexos causais quanto para a realização de notificação de agravos, não há um número expressivo de

orientações, acentua-se o fato de que ambas as ações concretizam a complexificação da relação entre SM e trabalho (LEÃO; MINAYO-GOMEZ, 2014).

A relação entre SM e trabalho é de fato complexa, como visto na seção do referencial Teórico, acrescenta-se a isso a falta de orientações dos profissionais nestas ações, complexidade de estabelecimento sobre o nexos causal, além de subnotificação de agravos relacionados à SM (LEÃO; MINAYO-GOMEZ, 2014), questão também comentada pelo participante 09 que destaca que ainda não há “definição e protocolo nesta área pela RENAST; não ter norma regulamentadora além da NR 17”.

A partir desta seção fora percebido que a RENAST possui diversos avanços concretizados: equipe praticamente compostas pelo recomendado, ações executadas são diversificadas e ao mesmo tempo concentram-se no que lhe é preconizado: ações de vigilância, assistência e promoção de saúde, tais questões aproximam a RENAST da busca de atingir seus objetivos. No entanto, há impasses como o baixo número de materiais e protocolos que direcionem e padronizem as ações neste serviço. Se faz urgente um maior fortalecimento dos CEREST. A fala da participante 42 resume estas questões: “Com os Cerest enfraquecidos não há como haver uma Rede em Saúde dos Trabalhadores”.

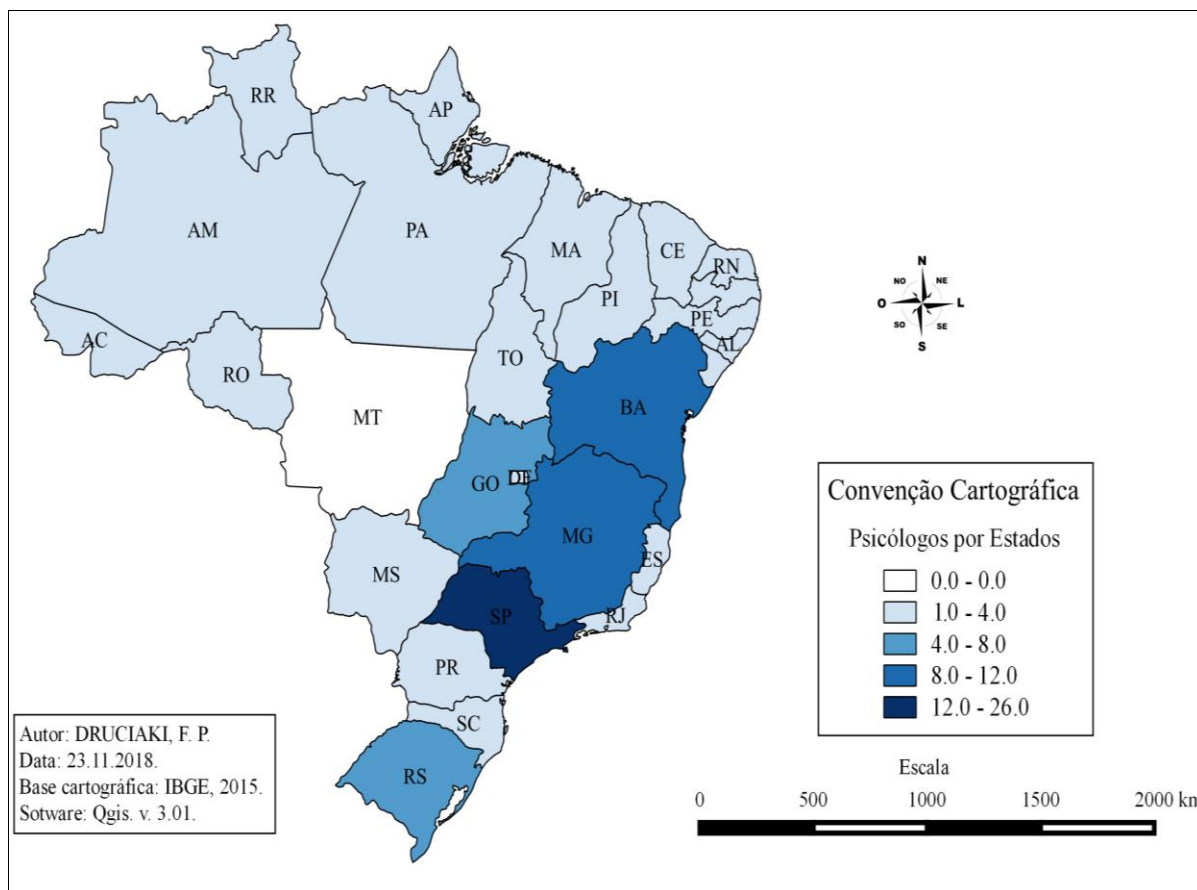
Esta seção não é fruto do objetivo principal desta dissertação, porém, o local de trabalho relaciona-se intimamente com as concepções e ações dos psicólogos, que é o tópico a seguir.

## 4.2 DADOS DOS PARTICIPANTES

### 4.2.1 Quantitativo de psicólogos atuando em CEREST

Os 112 psicólogos identificados estão distribuídos nos 176 CEREST ativos identificados por esta pesquisa, de forma que 96 (54,54%) destes CEREST possuem psicólogos enquanto 80 (45,45%) não possuem. Nota-se que um pouco mais que a maior parte dos CEREST possui psicólogo na equipe, inclusive alguns possuem mais de um como é o caso do CEREST estadual da Bahia que possui três profissionais.

O Mapa 2, exposta na página a seguir, ilustra a distribuição destes profissionais pelo país:



Mapa 2 - Distribuição dos psicólogos que atuam em CEREST  
Fonte: IBGE (2015); a autora (2019).

Os 80 CEREST que não possuem psicólogo em suas equipes podem possuir muitas vezes déficits em ações de SM. Adiante segue três principais pontos encontrados em fragmentos obtidos junto à gestores<sup>7</sup> de CEREST que não possuem psicólogos sobre:

- Importância de um profissional da Psicologia para o serviço: “infelizmente no nosso Cerest não consta o psicólogo na equipe técnica, apesar de ser uma solicitação constante nossa por entender a importância desse profissional na nossa equipe” (Participante Mg 01), tal fragmento desponta a compreensão dos demais funcionários do CEREST sobre o real entendimento da falta do psicólogo no serviço;
- Adaptação das equipes de serviços para buscar suprir a falta do profissional da Psicologia e estratégias criadas: “Nosso Cerest (...) faz parceria com o NASF do município, pois aqui em nossa equipe não temos psicólogas” (Participante Ma 01), “Não temos psicólogos mas temos parcerias com as universidades para ter estagiários.” (Participante 01) e “No quadro do CEREST (...) não existe psicólogo contratado, quando necessitamos, usamos o suporte dos psicólogos da rede” (Participante 49);

<sup>7</sup> Vale ressaltar que os gestores que forneceram tais informações não foram contabilizados como participantes da pesquisa, apenas como informantes, uma vez que eram, a maioria, gestores dos serviços. O contato foi por *email* e aplicativo de conversa

- Evidências do cenário referente a falta de psicólogos: “(...) é uma carência para maioria dos CEREST esse profissional” (Participante 31);

Assim, embora o psicólogo seja definido como um dos profissionais que deve fazer parte do CEREST (PORTARIA 2.437, 2005), seja visto como primordial por diversos gestores de CEREST que responderam a esta pesquisa, ele ainda não está presente em muitos CEREST, mais precisamente 45,45% dele, como visto anteriormente. O psicólogo pode ser considerado de suma importância para a ST por ter muito a contribuir para esta área, sobretudo, para os CEREST (KEPPLER, 2016), pois, possui respaldo teórico e técnico para realizar ações em SM como identificação de riscos à saúde, formulação e condução de ações de promoção de saúde, educação em saúde e também habilidades para condução de trabalho multi, inter ou transdisciplinar (SCAIM, 2009).

Segue o Quadro 06 com uma breve apresentação dos dados sociodemográficos dos participantes, expressos por gênero, macrorregião que atua, identificação fictícia, tempo de atuação e tipo de CEREST que atua:

Ordem das respostas	Gênero	Macrorregião que atua	Identificação fictícia	Tempo de atuação	Tipo de CEREST que atua
1º	Masculino	Sul	Participante 01	Há mais de 05 anos	Regional
2º	Feminino	Sudeste	Participante 02	Não respondeu	Regional
3º	Feminino	Sudeste	Participante 03	Há mais de 5 anos	Municipal
4º	Feminino	Sul	Participante 04	Há mais de 05 anos	Regional
5º	Feminino	Sudeste	Participante 05	Não respondeu	Regional
6º	Feminino	Sudeste	Participante 06	Entre 01 a 05 anos	Regional
7º	Feminino	Sudeste	Participante 07	Entre 01 a 05 anos	Regional
8º	Feminino	Sul	Participante 08	Entre 01 a 05 anos	Regional
9º	Feminino	Sul	Participante 09	Há mais de 05 anos	Regional
10º	Feminino	Centro-Oeste	Participante 10	Há mais de 05 anos	Estadual
11º	Feminino	Sudeste	Participante 11	Há mais de 05 anos	Regional
12º	Feminino	Sul	Participante 12	Há mais de 05 anos	Regional
13º	Feminino	Sudeste	Participante 13	Não respondeu	Municipal
14º	Feminino	Sudeste	Participante 14	Há mais de 05 anos	Regional
15º	Feminino	Sudeste	Participante 15	Há mais de 05 anos	Regional
16º	Feminino	Sudeste	Participante 16	Há mais de 05 anos	Regional
17º	Feminino	Nordeste	Participante 17	Há mais de 05 anos	Regional
18º	Feminino	Sudeste	Participante 18	Há mais de 05 anos	Regional
19º	Feminino	Sudeste	Participante 19	Entre 01 a 05 anos	Regional
20º	Masculino	Norte	Participante 20	Há mais de 05 anos	Estadual
21º	Feminino	Centro-Oeste	Participante 21	Entre 01 a 05 anos	Estadual
22º	Feminino	Norte	Participante 22	Entre 01 a 05 anos	Estadual
23º	Feminino	Nordeste	Participante 23	Não respondeu	Municipal
24º	Feminino	Sul	Participante 24	Há mais de 05 anos	Regional
25º	Feminino	Centro-Oeste	Participante 25	Entre 01 a 05 anos	Estadual
26º	Masculino	Sul	Participante 26	Há mais de 05 anos	Regional
27º	Feminino	Nordeste	Participante 27	Entre 01 a 05 anos	Regional
28º	Feminino	Sul	Participante 28	Há mais de 05 anos	Regional
29º	Masculino	Nordeste	Participante 29	Entre 01 a 05 anos	Regional
30º	Feminino	Sudeste	Participante 30	De 06 meses a 01 ano	Regional
31º	Feminino	Sul	Participante 31	De 06 meses a 01 ano	Estadual
32º	Feminino	Nordeste	Participante 32	Há mais de 05 anos	Regional
33º	Feminino	Sudeste	Participante 33	Há mais de 05 anos	Regional

34°	Feminino	Sudeste	Participante 34	Entre 01 a 05 anos	Regional
35°	Feminino	Sudeste	Participante 35	Há mais de 05 anos	Regional
36°	Feminino	Sul	Participante 36	Há mais de 05 anos	Regional
37°	Feminino	Sudeste	Participante 37	Entre 01 a 05 anos	Regional
38°	Feminino	Sul	Participante 38	Há mais de 05 anos	Regional
39°	Feminino	Sudeste	Participante 39	De 06 meses a 01 ano	Regional
40°	Feminino	Norte	Participante 40	Entre 01 a 05 anos	Regional
41°	Masculino	Sudeste	Participante 41	Há mais de 05 anos	Regional
42°	Feminino	Centro-Oeste	Participante 42	Entre 01 a 05 anos	Regional
43°	Feminino	Nordeste	Participante 43	Há mais de 05 anos	Regional
44°	Masculino	Norte	Participante 44	Há mais de 05 anos	Estadual
45°	Feminino	Centro-Oeste	Participante 45	Há mais de 05 anos	Regional
46°	Feminino	Centro-Oeste	Participante 46	Há mais de 05 anos	Regional
47°	Feminino	Sudeste	Participante 47	Entre 01 a 05 anos	Regional
48°	Feminino	Sudestes	Participante 48	Entre 01 a 05 anos	Regional
49°	Feminino	Sudeste	Participante 49	Há mais de 05 anos	Municipal
50°	Feminino	Sudeste	Participante 50	Entre 01 a 5 anos	Regional
51°	Feminino	Nordeste	Participante 51	Entre 01 a 5 nos	Estadual
52°	Feminino	Sudeste	Participante 52	Há mais de 05 anos	Municipal
53°	Feminino	Nordeste	Participante 53	De 06 meses a 01 ano	Estadual
54°	Feminino	Centro-Oeste	Participante 54	Há mais de 05 anos	Estadual
55°	Masculino	Sudeste	Participante 55	Há mais de 05 anos	Regional
56°	Feminino	Nordeste	Participante 56	De 06 meses a 01 ano	Regional

Quadro 6 - Dados sociodemográficos dos participantes do estudo

Fonte: A autora (2019).

A partir do Quadro 06 é possível conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes e formular uma breve síntese, que será descrita mais detalhadamente a seguir.

#### 4.2.2 Gênero

A amostra de participantes é predominante feminina (87,5%) o que representa um número de 49 participantes mulheres para apenas sete participantes homens (12,5%), dados expressos no Gráfico 2 exposto na página 72.

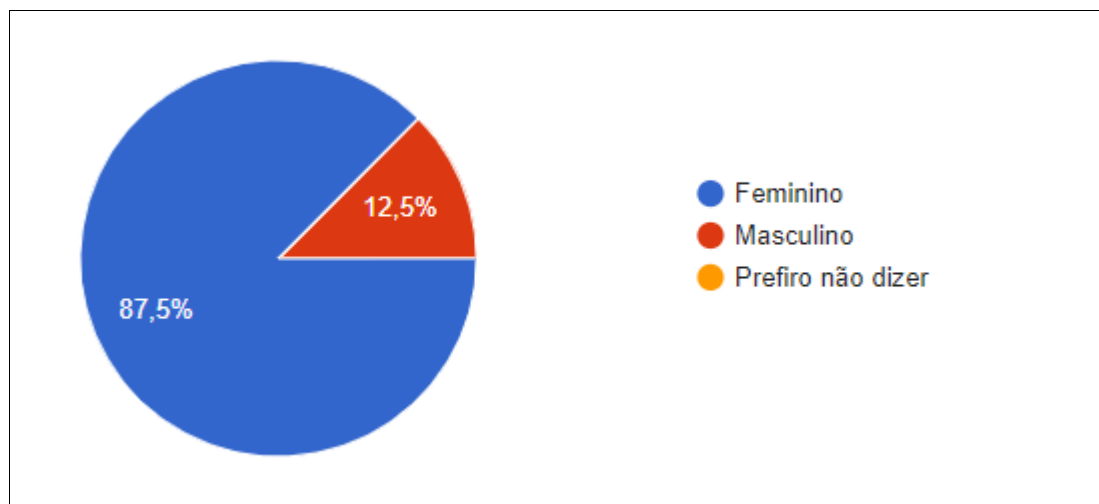


Gráfico 2 - Distribuição dos participantes quanto à gênero  
Fonte: a autora (2019)

O dado referente a gênero revela uma das faces da Psicologia no Brasil: uma profissão que é realizada, predominantemente, por mulheres. O próprio Conselho Federal da profissão publicou em 2013 que aproximadamente 90% dos profissionais da área da Psicologia são mulheres (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013a), o que ocorre desde a década de 1980 e que representa que a cada 10 profissionais, nove são mulheres. Segundo o infográfico do Conselho Federal de Psicologia (2018) em todos os estados, sem exceções, o percentual de psicólogas é largamente maior do que o de psicólogos.

No estudo feito pelas autoras acima soube-se o perfil destas profissionais: a maioria (57%) possui entre 30 a 59 anos, 67% são brancas e 25% são pardas, o percentual de pretos ou indígenas foi de 1 a 3% evidenciando uma sub-representação na profissão. Apenas 53% trabalham exclusivamente na profissão de psicólogas e 15% não exerce a profissional e a área de Psicologia do Trabalho corresponde a 12% do total de profissionais.

O fato da profissão ser exercida prioritariamente por psicólogas, motivou o Conselho Federal de Psicologia estudar questões que envolvem este gênero, como exemplo a divisão do trabalho formal com o trabalho doméstico (sendo que 64% realizam e não contam com auxílio de companheiro para divisão dessas tarefas) e violência de gênero (56% já passaram por violência verbal). Estes dados mostram que esta população possui diversos dos problemas relatados na literatura como inerentes à desigualdade entre sexos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013a, 2013b).

#### 4.2.3 Distribuição pelo país

Quanto a macrorregião de onde os participantes atuam, conforme exposto no Gráfico 3 foi possível perceber que a maior parte (44,6% expresso por 25 participantes) está alocado na região Sudeste, puxado basicamente pelo Estado de São Paulo, local que concentra maior quantidade de participantes. Em seguida observa-se a região Sul que representa 19,6% por meio de 11 participantes, em terceiro lugar está a



macrorregião Nordeste representando 17,6% com dez participantes. Há então o Centro-Oeste representando 10,7% da amostra com seis participantes e em último lugar o Norte caracterizando 7,1% da amostra com quatro participantes.

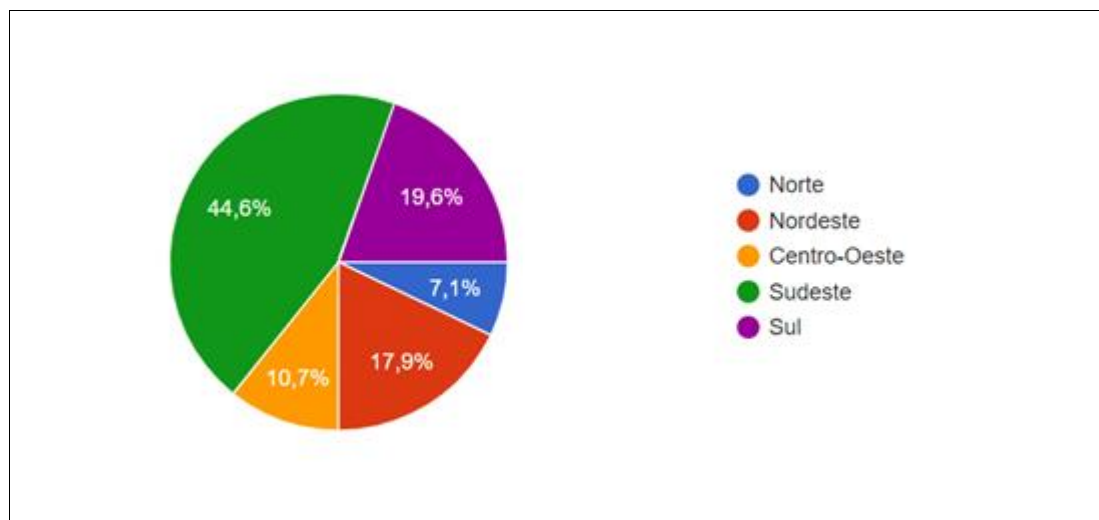


Gráfico 3 - Distribuição dos participantes quanto à macrorregião de atuação  
Fonte: a autora (2019)

Os dados referentes a distribuição dos participantes em termos de macrorregião de atuação devem levar em conta fatores sociais, geográficos e econômicos. A região Sudeste por exemplo, concentra, em São Paulo expressivo contingente populacional e conseqüentemente dispõe de uma estrutura mais ampla de vagas para Psicologia.

#### 4.2.4 Tempo de atuação em Saúde do trabalhador

Referente ao tempo de atuação na área de ST foi constatado que se trata de uma amostra com considerável tempo de atuação em CEREST, pois 27 participantes (48,2%) atuam na área há mais de cinco anos. Já 19 trabalham entre um a cinco anos (33,9%) e 10 entre seis meses e um ano (17,8%), como exposto no Gráfico 4:

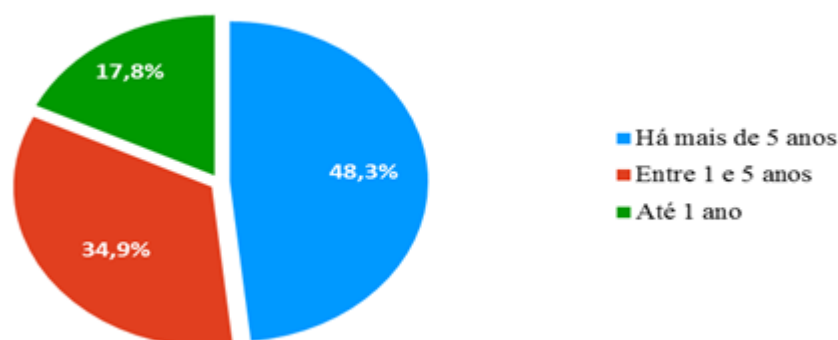


Gráfico 4 - Distribuição dos participantes quanto ao tempo de atuação em Saúde do Trabalhador  
Fonte: a autora (2019).

O dado referente ao tempo de atuação permite inferir que os participantes possuem conhecimento prático devido à sua experiência e tempo de trabalho neste ramo de atuação, evidenciando que há conhecimento nas rotinas de trabalho, procedimentos e demais atividades que estes atuam dentro das instituições. Lançam luz também a outras questões relacionadas à oxigenação das instituições, pois ao passo que profissionais com pouco tempo de trabalho mostram-se em menor quantidade isso pode significar que pode estar havendo dificuldade nos últimos anos para contratação de novos profissionais e que também os outros que estão há mais de 5 anos, mesmo com ampla experiência, podem ter vieses ou vícios institucionais herdados ao longo do tempo.

#### 4.3 DADOS SOBRE ATUAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Esta seção, de caráter distinto da anterior, apresenta as respostas de questões sobre a atuação dos profissionais dentro das instituições em que trabalham e exercem suas funções.

##### 4.3.1 Trabalho realizado com outros profissionais da equipe

Todos os participantes do estudo (100%) afirmaram que realizam intervenções em conjunto com outros profissionais da equipe. Possivelmente a resposta ser um consenso é devido ao fato do CEREST ser composto por diferentes especialidades (BRASIL, 2005) e também pelo fato de que a atuação na área da Saúde exige um trabalho interdisciplinar, tal qual a Psicologia tem habilidade para executar e contribuir (RAMOS SERQUEIRA, 1994).

No entanto, não foi interrogado se de maneira multi, inter ou transdisciplinar, o que não era o intuito da pesquisa, mas que cabe diferenciar, uma vez que fora citado: o trabalho multidisciplinar é aquele que envolve mais de uma disciplina que não possui ligação com a outra, de forma que cada disciplina

permanece com sua metodologia que lhe é própria. Já o trabalho interdisciplinar gera troca entre as áreas de conhecimento e utiliza uma metodologia que seja comum a todos para assim os resultados serem integrados. Já a transdisciplinaridade, um conceito mais atual, é superior às demais e une as especialidades gerando uma interação geral (DOLLE, 2015).

#### 4.3.1.1 Outros Profissionais da equipe com quais o psicólogo desenvolve atividades

Como visto na seção 4.1.3 os profissionais mais presentes nas equipes dos CEREST participantes desta pesquisa são: enfermeiro (92,9%), assistente social (55,4%), médicos (48,2%), fonoaudiólogo (42,9%), e fisioterapeuta (32,1%). Outras especialidades que apareceram em menor proporção foram: engenheiro e técnico do trabalho, terapeuta ocupacional, engenheiro agrônomo, médico veterinário, educador físico, advogado, técnico e também auxiliar de enfermagem, biólogo e nutricionista, estes últimos com presença de 1 a 2% das respostas.

Percebeu-se que o enfermeiro é o profissional que mais consta como presente nas equipes (92,9%) e é também a especialidade com que o psicólogo mais desenvolve atividades (76,8%). O *ranking* segue do mesmo modo, de maneira que o assistente social está em segundo lugar nas equipes de CEREST (55,4%) assim como no aparecimento de ações com psicólogos (64,3%). No entanto, embora o médico seja o terceiro (48,2%) em termos quantitativos é o quarto a mais realizar ações com psicólogos. Ocorre de forma similar com a figura do fisioterapeuta e do fonoaudiólogo: apesar do fisioterapeuta ser o quinto a compor quantitativamente as equipes (32,1%) é o terceiro na cooperação com psicólogos (62,5%). Ocorre de forma similar com a profissão do fonoaudiólogo, que embora seja o quarto (42,9%) em representatividade nos CEREST é o quinto (37,5%) a realizar atividades com psicólogos.

As demais especialidades seguiram a mesma representatividade em termos de parceria com psicólogos quanto de pertencerem ao em CEREST, isto é, sendo elas: terapeuta ocupacional, técnico de enfermagem, entre outros.

#### 4.3.1.2 Atividades realizadas por psicólogos e demais profissões

Foram identificadas as ações mais realizadas por psicólogos em conjunto com demais profissões, isto é, dentro de um trabalho que é multi, inter ou transdisciplinar. As cooperações e o número de profissionais estão dispostos na Tabela 02 – apresentada na página 76.

<b>Atividade</b>	<b>Número</b>
Palestras e Cursos	15
Vigilância	13
Estabelecimento de nexos causais	09
Discussões de caso	08
Matriciamento	07
Grupos	07
Capacitação	06
Atividades educacionais	05
Acolhimento	04
Pesquisa sobre saúde dos trabalhadores da região	03
Visitas técnicas	02
Notificações	02
Diagnóstico	02
Orientação	02
Encaminhamentos	01
Avaliações	01
Psicoterapia breve	01
Produção de informativos	01
Atendimentos de LER/DORT	01
Comitês	01
Ações de Promoção de Saúde do trabalhador	01

Tabela 2 - Atividades realizadas por psicólogos em parceria com outras profissões  
Fonte: a autora (2019)

A atividade que constou como mais frequente de ser realizada entre psicólogos e demais profissionais do CEREST são as palestras e cursos (n=15). Possivelmente porque as palestras podem abordar diferentes temas, não exclusivamente conteúdos psicológicos, e assim agregar diferentes áreas de saber. A participante 14 e 22 despontaram alguns dos temas dessas atividades: ética em saúde do trabalhador, educação sobre SM e trabalho (como afeta, o que fazer), realizadas em SIPAT e empresas.

Outra atividade que se mostrou multiprofissional foi a de vigilância (n=13) e cinco das sete entrevistas. A Participante 42 mostrou uma opinião contrária ao destacar que vigilância e palestras são duas das três únicas atividades que não realizada com os demais profissionais da equipe. De todo modo, a vigilância é um dos objetivos principais do CEREST, o que pode ocorrer em três âmbitos: “a assistência aos agravos, a vigilância dos ambientes e condições de trabalho (Vigilância Sanitária), da situação de saúde dos trabalhadores (Vigilância Epidemiológica) e da situação ambiental (Vigilância Ambiental)” (CARDOSO, 2015, p. 109). A participante 05 destacou que só realiza vigilância quando é necessário um suporte ao que compete à SM. Percebe-se então, que há diversas especificidades da atuação do psicólogo neste âmbito da ST. Scaim (2009) identificou naquele ano que os psicólogos de CEREST realizavam pouquíssimo essa ação, já nesta pesquisa o número de psicólogos que realizam vigilância foi significativo, no entanto, as ressalvas e explicativas citadas anteriormente devem ser consideradas pois demonstram que é uma atividade complexa e com diferentes formas de execução e análise.

Por terceiro, as atividades de nexos causais mostraram-se bastante presentes (n=9) relacionando-se com o fato de ser uma das atividades mais realizadas em CEREST (n=15), conforme sentença que esta pesquisa encontrou e demonstrou na seção 4.1.4. Além disto a questão do nexos liga-se à notificação,

produção de dados, assistência e vigilância, ações que também são de responsabilidade do CEREST (CARDOSO, 2015) e que se mostra como um desafio persistente à área da saúde (SATO; BERNARDO, 2005, p. 56). Os autores recém citados comentam que “em alguns casos, sem o nexos estabelecido sequer o trabalhador torna-se paciente do CEREST”. Em um dos principais documentos nacionais sobre as doenças relacionadas ao trabalho, o próprio Ministério da Saúde (2001, p. 27) relata a importância do “reconhecimento do papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores” e explica que isto possui implicações legais e técnicas, além de éticas. Ao informar isto, o mesmo documento destaca que

O estabelecimento do nexos causal ou nexos técnico entre a doença e a atividade atual ou pregressa do trabalhador representa o ponto de partida para o diagnóstico e a terapêutica corretos, mas, principalmente, para a adoção de ações no âmbito do sistema de saúde (...) como a vigilância e o registro das informações em outras instituições, como, por exemplo, nas esferas dos ministérios do Trabalho e Emprego (MTE), da Previdência e Assistência Social, da empresa, sob a responsabilidade do empregador, do sindicato da categoria à qual pertence o trabalhador e do Ministério Público (2001, p. 27).

Salienta-se que o nexos causal foi apresentado como atividade realizada pelos CEREST e também consta como uma das principais atividades realizadas exclusivamente pelos psicólogos, sobre a questão que envolve essa situação o manual do CREPOP (2008, p. 33) assegura que “o nexos entre saúde/doença mental exige olhar e atuação interdisciplinar, na qual o psicólogo tem papel de destaque”, isto é, o nexos causal pode ser debatido no CEREST de maneira geral, no entanto, para sua concretização se prevê a presença do psicólogo e/ou de um médico psiquiatra.

Discussões de caso são realizadas por oito psicólogos junto com os demais participantes da equipe, o que mais uma vez demonstra a necessidade de diálogo entre os trabalhadores de ST e de CEREST especificamente. Chama a atenção a atividade de Acolhimento que foi respondida por quatro participantes do momento do questionário, mas que foi citada por vários outros em outros momentos da pesquisa. Três participantes relataram enfaticamente que este é um procedimento feito por todos os profissionais que atuam no CEREST, o relato de uma das participantes explica isto:

“Então, é (...) embora eu seja psicóloga, no cerest como nos temos uma equipe multiprofissional e tudo mundo faz tudo. Eu faço parte de um setor chamado setor de educação, comunicação e informação. Temos dois esse e o de vigilância em ambientes e processos de trabalho, mas não ficamos engessados, podemos fazer atividades de outros setores”.

Também pelo relato da participante 17 percebe-se que alguns CEREST buscam subdividir suas equipes a fim de especificar as ações, isto serve como uma orientação, porém, na prática pode ser readequada. A mesma participante salienta que “nós somos técnicos em saúde do trabalhador né então todo mundo faz tudo”, que respalda e explica que muitas das ações em CEREST serem realizadas prioritariamente por todo e qualquer profissional da equipe.

A pesquisa é uma atividade pouca executada pelos psicólogos, porém, de fundamental importância para o SUS. A participante 22, uma das poucas profissionais que realiza, exemplificou a ação expondo que determinada vez “Organizam 1.000 prontuários: quais pulico alvo q mais procurou, qual doença mais comum”, os identificaram na rede e a partir do levantamento de informações obtiveram o perfil de adoecimento da região.

Uma informação encontrada bastante curiosa é sobre Psicoterapia breve ser apontada como realizada com demais profissionais (n=1) quando é uma atividade executada por psicólogos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2000). Por outro lado, são várias as atividades listadas que de fato se espera uma atuação de mais profissionais, tais como a referente à LER-DORT “por envolver muitas vezes questões emocionais, trabalhamos em conjunto com a fisioterapeuta” (Participante 33), ou seja, embora a demanda inicial seja referente à questões físicas o psicólogo pode auxiliar nas questões emocionais e psicológicas que dali emergem.

A partir desta subseção pode-se perceber que são várias atividades que não exclusivas do psicólogo. Tal questão pode ser vista por diversas óticas e explicada por uma central: a tendência da RENAST é se construir de maneira multiprofissional. A participante 18 resume dizendo que “no geral trabalhamos sempre em conjunto, mas pensando especificamente ações em Saúde Mental”.

Além disto, alguns participantes relataram também quais são os procedimentos de ação do CEREST que acabam perpassando as áreas dos profissionais: o Participante 46 conta sobre a realidade de um CEREST regional: “quando o trabalhador chega com algum trauma relacionado ao trabalho, e feito o acolhimento do mesmo com a assistente social, depois passa para o médico fazer a avaliação e depois e passado para o psicólogo fazer a escuta terapêutica”, o participante 01 também informa que “o enfermeiro faz o primeiro acolhimento e me encaminha e juntamente com a médica do trabalho, participante”. E no caso de CEREST regional o participante 54 relata que “a assistente social faz o acolhimento, depois passa pelo médico e se necessário ele e encaminhado ao psicólogo para uma avaliação e havendo a necessidade encaminhado para rede sus para o tratamento”.

Infelizmente não foi obtido especificamente com quem o psicólogo realizada cada uma das atividades listadas. Mas, verificou-se que a maior parte das atividades em ST são realizadas com mais de um profissional. Também não foi indagado ao psicólogo se as ações são realizadas de maneira multi, inter ou transdisciplinar. No entanto, sabe-se que existe diversas orientações para que o trabalho no SUS seja realizado de maneira a promover e ter diálogo e trocas entre os profissionais (trabalho multi, inter ou transdisciplinar) e entre serviços (intra e intersectorialidade).

Em resumo, foi vislumbrando 21 ações que psicólogos realizam em conjunto com outros profissionais da equipe, isto é bastante positivo ao se levar em consideração que a atuação em POT “para cumprir seu papel como área de conhecimento e campos de intervenção, requer, necessariamente, estreita interface com outros campos científicos e profissionais” (ZANELLI, BASTOS; RODRIGUES, 2014, p. 565).

#### 4.3.2 Diálogo com outros serviços

A maioria dos participantes (52, n=92,9%) realiza contato com outros serviços, indicando possivelmente o trabalho de maneira intersetorial, que é uma das diretrizes da PNST e uma das formas das políticas públicas a serem efetivadas, pois gera integração e contato entre os serviços (CARMO; GUIZARDI, 2017) e que ao mesmo tempo vai além da lógica de “trabalhar em conjunto”. Segundo o Manual da RENAST (2006) a intrasetorialidade diz respeito a articulação entre diferentes setores, órgãos e serviços que abrangem tanto governo federal, estadual e municipal.

A articulação é prevista para a RENAST conforme a Portaria 1.679 (2002) que destaca como princípio a rede de ST ocorrer de maneira articulada entre MS, secretarias de saúde e município. A elaboração esta Portaria foi feita pelo próprio Ministério da Saúde, desta forma, é prevista para todo o território nacional e guia iniciativas e estratégias na área. O objetivo geral da lei é instituir a RENAST e para isso respalda-se em dois princípios expostos anteriormente na Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990): saúde é um direito de todos e possui interferências do trabalho, por consequência, deve o trabalhador também ficar assistido sobre tal.

Apenas 4 (7,1%) participantes destacaram que não realizam esse tipo de processo em seus serviços, como exposto no Gráfico 5:

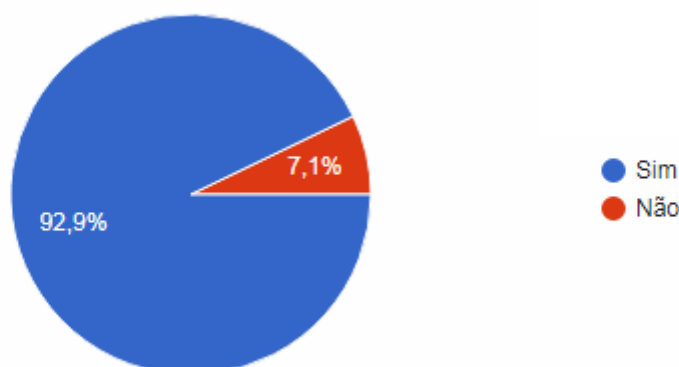


Gráfico 5 - Realização de diálogo com outros serviços  
Fonte: a autora (2019)

Alguns dos motivos que dificultam a efetivação da Intersetorialidade são a burocracia e o fato de exigir “habilidades e competências que não são tradicionalmente desenvolvidas ou estimuladas na burocracia estatal nem anteriormente, na formação acadêmico-profissional deste corpo técnico (CARMO; GUILHARDI, 2017, p. 1276).

Em relação aos serviços que os psicólogos de CEREST realizam contato, são: a grande maioria dos 92,9% realizam contato com sindicatos (n=41, 77,4%) e Ministério do Trabalho (n=39, 69,8%). A Previdência Social aparece em terceiro lugar (n=28) com 52,8% e a Escola com 49,1% dos serviços dos

participantes. Também despontaram associações comunitárias (28,9%) e Organizações Não Governamentais (ONGS) com 26,6%. Além dessas importantes instituições de realização de atividades, bem como de parcerias, associações e contato de psicólogos em CEREST. O estudo de Keppler (2015) obteve respostas similares para esta mesma questão, há três anos atrás a maior parte dos psicólogos de CEREST afirmaram realizar maior contato com Sindicatos (n=38), Previdência Social (n=25) e localizam também as empresas (n=17).

O próximo tópico abordado refere-se aos encaminhamentos, especificamente, de modo que 89,7% dos psicólogos de CEREST realiza encaminhamentos para o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 76,9% para Unidades Básicas de Saúde (UBS), 66,7% para ambulatórios, 43,6% para Centros de Atenção em Assistência Social (CRAS), 23,1% para hospitais, 12,8% para o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Estes dados mostram também a intrasetorialidade entre CEREST e demais serviços da rede. O número alto de psicólogos que realiza encaminhamentos demonstra que a compreensão parcial por parte dos profissionais sobre o CEREST ser um serviço que irradia, isto é, encaminha para outros serviços da rede os casos identificados de relação de trabalho à saúde do usuário. Parcial porque os dados citados a seguir sobre o número de psicólogos que realiza ações que mantém os trabalhadores exclusivamente nos CEREST também é considerável e dificulta ações de intrasetorialidade.

Outros serviços para os quais os profissionais também realizam encaminhamentos e que, porém, não são tão expressivos (apenas 1 a 2%), são os Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), Unidades de Saúde da Família (USF), psicólogos e psiquiatras privados, clínicas escola de Psicologia, departamento de Recursos Humanos da empresa que o usuário trabalha, sendo que estes últimos locais foram expressos entre 1% a 2% dos participantes.

#### 4.3.3 Atividades realizadas exclusivamente por psicólogos em CEREST

As atividades mais executadas pelos participantes são: encaminhamentos (87,5%), educação em saúde (83,9%), notificação de agravos e situações de riscos (82,1%), divulgação e organização de eventos (80,4%). Também aparecem de maneira significativa as seguintes atividades: grupos informativos (53,6%), triagem e aconselhamento psicológico com (46,4%), psicoterapia (28,6%) e psicodiano com 26,8%. Os resultados encontrados são similares aos de Keppler (2015) que também averigou a predominância de ações no âmbito educativo e de vigilância, o que vai ao encontro dos principais objetivos da RENAST expostos no próprio manual da rede (2010).

Segue o detalhamento das ações realizadas pelos participantes, relacionando as respostas dos dois instrumentos, apresentadas sequencialmente conforme maior expressividade.



#### 4.3.3.1 Encaminhamentos

87,5% dos participantes realizam encaminhamentos sem a necessidade de ter contato com os demais profissionais, isto é, possuem autonomia para tal. Como visto anteriormente esta é uma prática bastante presente no CEREST de maneira geral e ocupa a atividade mais realizada pelos psicólogos. Novamente, ressalta-se que essa atividade auxilia no objetivo da RENAST de promover intersetorialidade entre os serviços.

#### 4.3.3.2 Educação em Saúde

Como já falado a educação em saúde é uma das principais atividades em ST, tal ação é importante porque promove conhecimento sobre o tema abordado (que pode ser processos de saúde, doença, questões de trabalho, direitos trabalhistas, entre outros) (SATO, LACAZ; BERNARDO, 2006).

Conforme Keppler (2015) o psicólogo tem papel importante nesta atividade pois a formação permite contato com processos grupais e habilidades para trabalho em grupo. Inclusive em seu estudo a autora encontrou essa como a atividade que é mais realizada por psicólogos em CEREST.

#### 4.3.3.3 Notificação de agravos e situações de riscos

A notificação de agravos é de fundamental importância pois concretizam um registro e possibilitam a criação de dados epidemiológicos (CARDOSO, 2015), questão tão importante para o SUS. Conforme a autora recém citada esta atividade pode e deve ser uma atividade realizada por psicólogos em CEREST. Scaim (2009) destacou que essa era uma das ações ainda menos feita pelos psicólogos, no entanto, neste estudo possui uma representatividade de 82,1% dos participantes.

A notificação de agravos tem relação também com a presença frequente de realização de Nexo Causal. Entretanto, o estudo de Scaim (2009) identificou naquele ano que o número de psicólogos que realiza notificação de agravos era inexpressivo.

#### 4.3.3.4 Divulgação e organização de eventos

A organização de eventos em CEREST possui diferentes objetivos: voltados aos usuários, voltado à formação de profissionais da equipe, entre outras motivações. Essa atividade também é definida pelos participantes, entre outros momentos, como prevenção, educação e também matriciamento, deste modo, não é possível prever um número exato para tal.

#### 4.3.3.5 Coordenação de Grupos

Nos CEREST a intenção é que os grupos sejam informativos e que abordem temas relacionados à saúde, assistência e também acolhimento. A participante 17 destaca que a realização de grupos necessita ser conduzida com mais profissionais e para assim abranger diferentes temas. A mesma participante destacou que a atividade que mais obteve sucesso foi referente à condução de grupos: “grupo que conduzimos sobre adoecimento no trabalho, tivemos resultados muito produtivos, eles voltaram a trabalhar os trabalhadores estavam afastados, sem conseguir manter uma vida laboral equilibrada. A maioria deles voltaram a trabalhar, encontraram outros recursos de enfrentamento e passaram a estabelecer uma outra rel com o trabalho e conseqüentemente houve uma melhora na saúde deles”.

O psicólogo possui em sua formação uma base sólida para realização de grupos, o que também vai ao encontro das grande demandas que existem nas políticas públicas e auxilia que assim um maior número de usuários seja beneficiado.

#### 4.3.3.6 Triagem e aconselhamento psicológico

Ambas as ações foram descritas por 46,6% dos participantes e referem-se a procedimentos pontuais, sendo que o primeiro pode ser executado por outras profissões enquanto o segundo apenas por psicólogos e é uma alternativa à psicoterapia, pois, possui menos tempo de intervenção e é mais focado (SCORSOLINI-COMIN, 2014).

Além disto, as ações individuais (seja de assistência, escuta ou psicoterapia) são “feitas um a um” e isso torna-se um problema em Políticas Públicas pelo fato de que os serviços públicos na área de ST constantemente atendem muitas demandas e necessitam então de métodos de trabalho que abranjam mais pessoas, no entanto, como ressalva Kepler (2015) alguns casos exigem atendimento especializado.

#### 4.3.3.7 Psicoterapia

A ação de Psicoterapia foi expressa de maneira expressiva (19% destacaram que os CEREST que atuam realiza psicoterapia e 28,6% afirmou que realiza tal atividade em suas ações) e é considerada uma problemática na área de Política Pública e algo que está atrelado à Psicologia Tradicional, qual vem sendo buscado transcender por meio de novos formatos e metodologias de trabalho. Também causa inquietação a realização de Psicoterapia em CEREST pelo fato que esses devem se polos irradiadores (MACHADO *et al*, 2013), isto é, identificar demandas relacionadas à trabalho e fazer encaminhamentos aos serviços adequados da rede para tal. A participante 04 explica isso: “CEREST não deve fazer acompanhamento e sim orientar para que busque serviço na atenção básica (...) orientações aos trabalhadores a respeito da

concausa”. No entanto, nem sempre a rede consegue absorver esses encaminhamentos, como destaca a participante 14, que por esse motivo passa a fazer psicoterapia em casos específicos.

Algumas ressalvas diminuíam a preocupação sobre ocorrer psicoterapia em políticas públicas, como é o caso da realização de psicoterapia grupal, que auxilia no processo de diminuição de possíveis fila de espera mas que mantém os usuários nos CEREST e não os encaminha, como é o indicado. Outros participantes, como a 30, destacaram que realizam o trabalho de psicoterapia por pouco tempo para evitar congestionar o serviço

Ainda assim, essa prática deve ser questionada, pois não é o adequado, não é o previsto em lei e torna a relação trabalho e saúde algo individualizante, localizado no sujeito. Outro prejuízo que a prática de Psicoterapia pode gerar é sobre como ver e tratar o indivíduo que chega até o CEREST, por exemplo, a participante 30 se referiu a todo momento da entrevista às pessoas que atendia no serviço como paciente e não como usuário. O termo paciente remete ao trabalho de psicoterapia, o que se mostra equivocado por se estar em uma política pública de saúde cujo o nome, e por consequência a forma como se observa e se trata, tal pessoa é expressa pelo termo usuário, um termo mais abrangente (GUEDES, 2013). A mesma participante, quando indagada sobre uma ação que obteve sucesso, relatou o avanço que uma “paciente” teve na psicoterapia, diminuindo quadro de ansiedade, o que reafirma a visão de que sua atividade é predominantemente psicoterapia e coloca o trabalhador como único personagem que deve alterar seu sofrimento psicológico. Em contrapartida, a participante 14 destaca que nenhuma ação do CEREST é tão benéfica quanto conseguir alterar o ambiente de trabalho que o usuário do CEREST está, ampliando assim a compreensão do cenário que a relação trabalho e saúde compõe.

Algumas destas ações são realizadas por motivos impositivos ou adaptativos. Como exemplo, foi constatado que em alguns serviços esta prática já estava enraizada e desta forma a gestão exigia isso da psicóloga que estava ali há menos tempo e também a população atendida esperava tal serviço. A participante 42 destacou na entrevista que no serviço que atua a Psicoterapia já era realizada a pelo menos 14 anos e atualmente ela estava tentando “cortar” isso. Outra questão é a demonstrada por três psicólogos que afirmam que muitas vezes a rede não atende aos encaminhamentos e ao ver o usuário passando por sofrimento mental intenso e ao possuir ferramentas para auxiliá-lo acaba então realizando psicoterapia em alguns casos. Estas últimas situações são dissemelhantes da anterior, demonstram que um caso é o psicólogo realizar psicoterapia em seu trabalho por demandas externas e outra é exercer tal prática como única possibilidade neste cenário.

#### 4.3.3.8 Psicodiagnóstico

A ação de Psicodiagnóstico remete aonexo-causal, um dos principais desafios apresentados ao psicólogo em ST (CREPOP, 2008) e que pode se releva o trabalho de três formas: a) como causa necessária ao adoecimento, b) ser contributivo ao adoecimento, mas não necessário e c) ser desencadeador ou agravador de alguma doença (JACQUES, 2007). Essa distinção auxilia o psicólogo a não olhar apenas

para o sujeito, o que é recomendado por Seligman-Silva (1994), e sim para seu contexto macrosocial, incluindo o ambiente de trabalho. A participante 33 expõe o quanto a questão de SM do trabalhador envolve-se com as questões do CEREST, sendo a realização do nexos causal apenas uma das possibilidades diante de um sofrimento mental, segue a fala:

Considerar a saúde mental nos moldes da Visat, e no âmbito do SUS, implica na problematização quanto ao reconhecimento e acolhimento de sofrimentos, patologias e transtornos mentais e, se necessário, na indução dessa demanda à rede de saúde, na discussão sobre os dilemas das práticas de diagnóstico, estabelecimento de nexos causais e na produção de informação epidemiológica ou “informação para ação”, visando articulações com outros atores da rede e demais órgãos e setores.

A citação exposta é bastante contextualizada e demonstra a amplitude de possibilidades de SM, sendo a realização de nexos causal apenas uma delas. A atuação do SUS em SM baliza-se em movimentos históricos mundiais (AMARANTE, 2007) e avançou muito para se ter o cenário atual, que diz não à lógica manicomial e se propõe a um trabalho de humanização e entendimento do sofrimento psicológico. O trabalho com SM do trabalhador no SUS deve acompanhar esse processo e priorizar habilidades da SM, para, assim, cada vez mais, abandonar a lógica do preconceito e otimizar as políticas públicas da área da RENAST (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Por conta das questões citadas essa prática é vista como bastante delicada (e inclusive é bastante problematizada e questionada na área da Psicologia), exige diversos procedimentos e embasamentos, porém, é um dos objetivos da RENAST. Ainda, a prática de nexos causal ganha justificativa e relevância legal a partir da Portaria 1.339 (BRASIL, 1999) e também por a partir desta prática o usuário ter acesso a benefícios previdenciários decorrentes, sendo as doenças mentais, inclusive, a terceira causa de concessão de afastamentos, como visto anteriormente.

#### 4.3.4 Atividades não executadas

Os psicólogos também foram indagados sobre a existência de atividades que gostariam de executar e que não conseguem, o resultado está exposto no Gráfico 6 na próxima página.

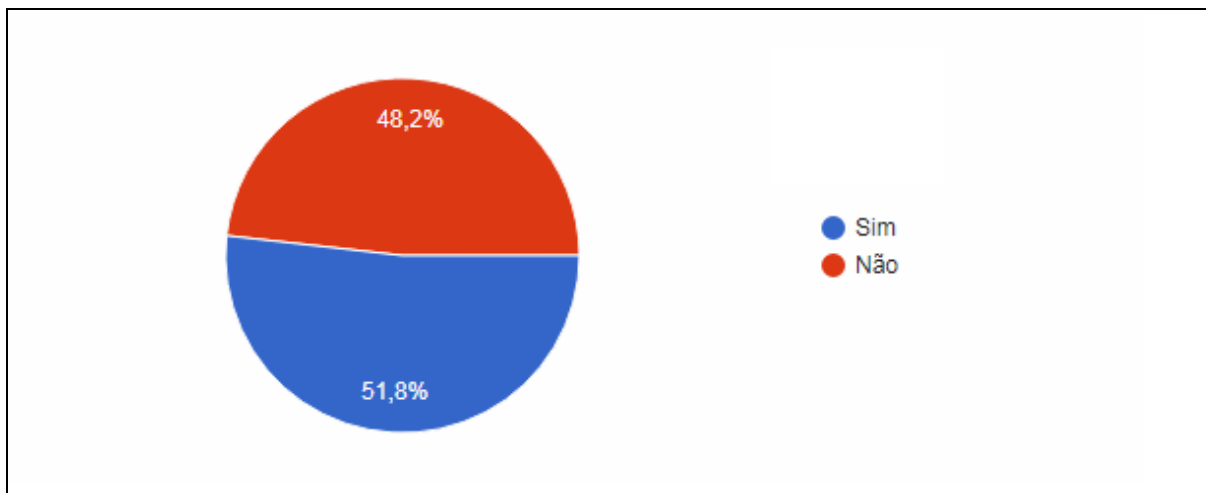


Gráfico 6 - Índice de psicólogos que não realiza atividades que gostaria  
Fonte: a autora (2019)

29 participantes, o que equivale a 51,8%, relataram que há atividades que gostariam de realizar e não realizam, enquanto 27 deles (48,2%) respondeu que não há tais atividades. As atividades que os profissionais gostariam de realizar são bastante diversificadas. Adiante, há uma breve exposição dos principais temas de trabalho que preocupam os psicólogos e alguns fragmentos que explanam cada questão:

- Referentes a necessidade de criação e realização de grupos: este é a pretensão mais citada pelos participantes do estudo (n=07), diz respeito desde a ampliação e/ou realização dos grupos, que para o Participante 15 precisariam ser “informativos e psicoterápicos dom trabalhadores”. Já o Participante 04 embasa seu apontamento sob o desejo de realizar grupos que envolvam os conhecimentos da Psicologia à Fisioterapia. O Participante 27 gostaria de realizar grupos com a temática sobre Saúde Mental e Trabalho.
- Mais diálogo entre os profissionais dos serviços: Esta questão foi expressa por quatro profissionais e demonstra o quanto estes sentem necessidade de estar em maior contato com profissionais da região para, a partir disto, criarem estratégias que melhorem os dados de ST da localidade. Outra motivação para o contato é que explicada pelo Participante 23, que explica que como são os profissionais da rede que fazem os diagnósticos e encaminhamentos seria preciso um trabalho com eles para debater, explicar e sensibilizá-los sobre questões específicas à SM;
- Desejo de realizar com mais frequência nexos causais: questão exposta por dois participantes e que mostra a necessidade de “mais apoio da equipe médica para auxílio em fechamento de nexos”, conforme o Participante 13;
- Realização de cursos: assinalado por dois participantes que explicam que gostariam que fosse na área de nexos causais (Participante 01) e de “saúde mental do trabalhador” (Participante 22);
- Vigilância: uma das principais atividades previstas para o CEREST é exposta por dois participantes como de difícil execução, tanto de “inspeção em ambiente de trabalho para investigação e melhorias de aspectos psicossociais, em resumo Vigilância de Saúde Mental e Trabalho” (Participante 44).

- Realização de psicoterapia breve: expresso por dois participantes, sendo que um deles (Participante 54) explica que gostaria de realizar tal atividade com o trabalhador apenas “até o mesmo ser inserido novamente no seu ambiente de trabalho”. O que valida a ação do psicólogo, porém, mantém como questionável a realização de psicoterapia em CEREST uma vez que não consta em documentos e legislações da área da ST a realização de psicoterapia com trabalhadores e reitera práticas tradicionais que não necessariamente se adequam a política e às práticas públicas em saúde e trabalho;
- Realização de psicodiagnóstico e mais ações de matriciamento foram citadas por dois psicólogos cada como ações que querem desenvolver, o que demonstra mais uma vez que embora de grande expressão, tais atividades não são generalizáveis a todos os psicólogos de CEREST;
- Também houve demandas citadas isoladamente, isto é, por apenas um participante cada uma, sendo elas: Atividades voltadas a familiares de trabalhadores com agravos relacionados ao trabalho (Participante 37); Fortalecimento da Rede de Saúde Mental do Trabalhador (Participante 17); “Entrevistas com usuários do serviço quanto a área de saúde mental, para auxiliar no processo diagnóstico e estabelecimento de nexos causais” (Participante 05); “Melhorias das atividades já desenvolvidas” (Participante 07); Realização de discussão de caso, mais atividades psicoeducativas e ações de triagem, assistência e encaminhamentos.

#### 4.3.5 Dificuldades Enfrentadas

Alguns dos motivos relatados pelos psicólogos que os impedem de conseguir realizar atividades expressam também algumas dificuldades gerais vividas no cotidiano do trabalho em CEREST. Dentre as citadas estão:

- Falta de apoio institucional e de recursos para execução das atividades: alegado por quatro participantes a partir das seguintes exposições “chefias que não entendem a importância de se falar sobre o tema a seus trabalhadores” (Participante 23), “gestão não presta assistência” (Participante 32). Na pesquisa de Keppler (2015) o número de psicólogos em CEREST que citou a gestão de maneira negativa foi significativo e buscavam explicar que há muita desvalorização por parte desta instância como também entraves políticos em sua execução.
- Carga horária dos próprios psicólogos dos CEREST ser insuficiente diante das demandas de trabalho, uma vez que alguns não atuam apenas em CEREST e também excesso de atividades que o fazem ter que abrir mão da realização de determinadas atividades. Esta questão foi apontada por três psicólogos e remonta às condições de trabalho do psicólogo, como também sobre a dedicação desta classe profissional não ser exclusiva ao CEREST. Esta informação já era apontada na literatura por Keppler (2015) e vai contra ao que o SUS preconiza no Art. 27 da Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) ao afirmar que é necessária a “valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)”, este é mais um dos desencontros entre a legislação e o cotidiano vivenciado pelos serviços e seus trabalhadores.

- Número de profissionais insuficientes e/ou com experiências nas atividades que teriam que ser desenvolvidas (n=2).

- Falta de espaço físico adequado: O número de psicólogos que relataram insatisfação com o espaço físico do CEREST pode ser considerado pequeno é diferente diferente do dado que Keppler (2015) identificou: 57% dos psicólogos de CEREST avaliando a estrutura do serviço como inadequada ou relativamente adequada. Neste estudo a questão sobre a falta de espaço físico adequado foi comentada no questionário por dois participantes, de modo que um descreveu que o CEREST que atua está em uma região desfavorecida para locomoção das pessoas e isto impacta o serviço de várias formas. Também em uma das entrevistas, a participante 17 relatou que o CEREST que atua esta em um local improvisado a algum ano, estando para se mudar para um local próprio no próximo ano.

Outras questões observadas foram: remuneração ser baixa o que gera, inclusive, rotatividade na equipe; interferências político-partidárias, descaso com o trabalhador como exposto pelo participante 01: “É tudo muito bem articulado teoricamente mas a prática ainda carece sensibilidade ao sofrimento do trabalhador” e dificuldade de articulação entre os serviços: “Mas infelizmente a RENAST na prática não atua de forma intersetorial, pois não há efetiva comunicação entre as instituições e serviços” (Participante 11).

Também foram expostos fatores explicativos externos ao CEREST, como a “baixa adesão de trabalhadores em capacitações sobre o tema. Não é dada a importância devida ao tema, não geram notificação em TRMT” (Participante 23) e “Dificuldade em montar o grupo e dar continuidade em frequência dos mesmos trabalhadores” (Participante 15). Outra questão externa ao CEREST que também foi comentada é sobre o fato de profissionais de outros serviços do SUS não terem conhecimento suficiente sobre SM do trabalhador, dificultando assim diálogos, parcerias e encaminhamentos, faz sentido lembrar que a RENAST prevê que a ST seja realizada não apenas pelo CEREST como também de outras formas em outros serviços (BRASIL, 2012), além de “falta de documentos técnicos orientadores, falta de legislações mais específicas para a área, falta de tempo devido a equipe reduzida, falta de prioridade da saúde mental nas ações de Saúde do trabalhador” (Participante 44). Esta opinião está ligada a muitos pontos já trazidos na literatura, como exemplo falta de materiais e protocolos suficientes em SM (CARDOSO, 2015, CREPOP, 2008).

Ainda, a falta de disponibilidade na agenda do serviço, sobrecarga, falta de profissionais, falta de transporte para locomoção, afeta a execução das atividades dos psicólogos e prejudica alguns objetivos como não conseguir executar a cobertura de atenção aos municípios que competem ao serviço. Lacaz (2013) reafirma que compete aos CEREST a cobertura de até 30 municípios, no entanto, alguns participantes relataram que os CEREST que atuam possuem mais que 30 municípios de referência, por exemplo o CEREST que o participante 01 atua possui 32, o que demonstra uma sobrecarga de afazeres e responsabilidades;

Bastos, Yamamoto e Rodrigues (2013) descrevem o quanto é inerente ao trabalho do psicólogo se deparar com questões desafiadoras de seu contexto sociocultural que exigem de si uma postura crítica e

igualmente reflexiva para lidar da melhor forma com sua realidade, mantendo sua postura e compromisso social. A atuação de psicólogos especificamente em CEREST é perpassado por diversas questões políticas, culturais e idiossincráticas à cada realidade. Assim, mesmo que haja compromisso e respaldo teórico e metodológico de psicólogos, sua execução é inviabilizada por não existir condições mínimas para executá-la (KEPPLER, 2015), como exemplo na fala da Participante 10 que afirma que “a gente faz, dentro das possibilidades, mas eu gostaria de fazer muito mais”.

#### 4.3.6 Principais Demandas que atendem

As principais demandas atendidas pelos participantes são derivadas no contexto do trabalho, que é também critério para o usuário adentrar ao CEREST. Tais derivações são desde as condições físicas e psicológicas, relações interpessoais, depressão (n=3), Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao trabalho (DORT), Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) relacionados à docência, agravos e violência, sobretudo o Assédio Moral (n=3), sobretudo, ocorridos em bancos, comércio e indústria e também com mulheres grávidas em diferentes contextos (Participante 09).

O assédio Moral é uma forma de violência infelizmente bastante presente nos espaços de trabalho. Segundo Freitas, Heloani e Barreto (2008) o assédio moral é um problema organizacional que impacta o indivíduo. O assédio moral é, assim, uma violência que ocorre de forma intencional e repetidas vezes e que objetiva degradar a vítima. As faces mais comuns do assédio moral são: deterioração das condições de trabalho, que significa privar a vítima de informações necessárias para realizar suas tarefas, criticar seu trabalho de maneira desnecessária, como também dar a vítima tarefas inferiores às suas habilidades, outra característica é o isolamento e recusa de comunicação, onde a vítima é interrompida repetidas vezes, colegas e superiores não dialogam com ela e assim os tipos de contatos verbais são excluídos, uma terceira característica do Assédio moral é o atentado contra a dignidade que refere às desqualificações que a vítima recebe expressa por insultos, desdenhas e desprezo e por quarta característica a violência verbal, física ou sexual, que diz respeito às ameaças e violências psicológicas expressas em gritos, insultos, além de agressões físicas e/ou sexuais (propostas e gestos). O assédio moral ocorre em diferentes direções, isto é, tanto pelo empregado, por um colega ou um superior hierárquico e envolvem prejuízos emocionais e comportamentais (SOUZA, SCAPINI, DEON; TOLFO, 2017) e que também apresenta uma elaboração denexo causal bastante dificultosa. A participante 22 relatou na entrevista que o CEREST em que atua realizou um evento específico sobre Assédio Moral, inclusive contando com a presença do prof. Jose Carlos Zanelli, um dos principais nomes da POT no Brasil, no entanto, o evento teve pouco apoio das secretarias envolvidas,

Na ocasião do questionário a Participante 19 destacou que são necessárias novas legislações na área de Assédio Moral para que este reduza sua frequência, referindo-se ao fato de que é importante haver punições mais educativas a quem realiza este tipo de violência que torna as relações de trabalho menos harmoniosas.



Keppler (2015) destaca que os casos de assédio moral podem chegar até o CEREST por meio de encaminhamentos de serviços do SUS que não conseguiram abranger a ST, uma vez que muitos serviços e profissionais não possuem o conhecimento adequado sobre o tema, como consequência, isso pode auxiliar no processo de superlotação do CEREST e modificar o que é sua real função. Ao averiguar casos de assédio moral estes devem servir como notificações para que o CEREST averigue espaços de trabalho, isto é, transforme uma demanda individual em uma ação fundamental no serviço, que se refere à fiscalização e vigilância, conforme exposto pela participante 09.

Outra demanda também averiguada é do público de bancários (n=04) e professores de educação infantil. A participante 42 relatou, inclusive, que uma atividade que mais obteve êxito foi realizar atendimentos pontuais com uma bancária que passou a diminuir sintomas de TEPT.

Cabe elucidar também a forma que tais demandas chegam: podem ser espontâneas, porém como a participante 14 explica para ocorrer isto é necessário um trabalho de educação na rede para conscientizar os trabalhadores, como também encaminhadas por “por sindicatos ou unidades de saúde com suspeita de doença relacionada ao trabalho” (Participante 17).

Mesmo com dois participantes de CEREST regional-rural, apenas a participante 42 citou sobre demandas de trabalhadores rurais e explicou que apenas tem acesso a isso por iniciativa da equipe em ir até a área rural.

De modo geral, percebeu-se que na maior parte dos casos as principais demandas possuem ligação com a realidade local, econômica e cultural de cada CEREST e sua abrangência.

#### 4.3.7 Abordagens Teóricas-Metodológicas

Como explicam Bastos, Yamamoto e Rodrigues (2013, p. 26) ao ter um compromisso social, a comunidade da área da Psicologia compartilha princípios, valores, reflexões e um “conjunto delimitado de práticas, métodos e procedimentos”, isto é, uma área ampla, sólida e que possui diversos conhecimentos a serem utilizados no embasamento de trabalhos e ações, sobretudo, na área Organizacional e do trabalho. Deste modo, compreendeu-se como fundamental entender quais conhecimentos teórico e metodológicos embasam as ações de psicólogos em CEREST, partindo então do princípio de que as escolhas por abordagens teórico-metodológicas se relacionam a prática do profissional. O resultado está apresentado no Gráfico 7, na próxima página.

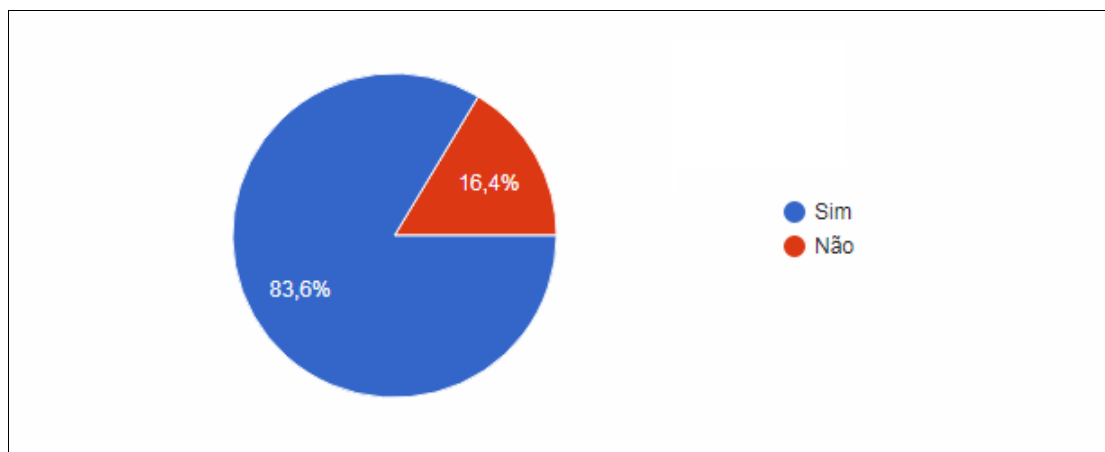


Gráfico 7 - Quantitativo de psicólogo que atuam por uma abordagem  
Fonte: a autora (2019).

Como visto, 83,6% (n=46) psicólogos atuam a partir de uma ou mais abordagens teóricas e técnicas da Psicologia, isso evidencia uma pluralidade entre os respondentes e também que não há consenso em uma ou outra abordagem a ser utilizada neste ambiente de trabalho. Também se nota que que 16,4% (n=9) não seguem uma abordagem específica. A abordagem mais utilizada pelos participantes são:

Abordagem	Número de participantes que a utilizam	Percentual
Psicanálise	17	30,4%
Cognitiva e Cognitivo-Comportamental	14	25,0%
Humanista	04	7,1%
Psicodinâmica do Trabalho	02	3,6%
Sistêmica	2	3,6%
Psicodrama	2	3,6%
Gestalt	2	3,6%
Outra	2	3,6%
Sócio-histórica	2	3,6%
Psicoterapia breve e Terapia Familiar Sistêmica	1	1,8%
Análise do Comportamento	1	1,8%

Tabela 3 - Abordagens teórico-metodológicas utilizadas pelos participantes  
Fonte: a autora (2019)

Pode-se averiguar na Tabela 3 que a abordagem mais utilizada é a Psicanálise (30,4%) e na sequência a teoria Cognitiva, utilizada por 25%. Cabe salientar que a teoria Psicanalítica é essencialmente clínica, sendo raros os materiais que a adequam para outros contextos como a área de ST. Estudos como o de Gondim, Bastos e Peixoto (2010) que trazem levantamentos sobre as abordagens teórico metodológicas mais utilizadas por psicólogos do trabalho e organizacionais, como também estudos da atuação do psicólogo de maneira geral como o feito por Bastos e Gomide em 1989 evidenciam que o predomínio da Psicanálise é inquestionável, se alastra por todo o país e ocorre há algum tempo.

Uma incongruência encontrada refere-se ao fato de que a maior parte dos participantes assume a Psicanálise como teoria e ao mesmo tempo também uma parte expressiva descreve realizar nexos causais, tais premissas são incompatíveis epistemologicamente uma vez que a Psicanálise possui um distanciamento teórico e conceitual de processos avaliativos e diagnósticos, uma vez que a primeira centra-se em processos subjetivos e muitas vezes não são quantificáveis enquanto o método de avaliação exige pragmatismo.

A Análise do Comportamento foi citada como utilizada por apenas um participante, no entanto, vem trazendo contribuições significativas para área de POT no Brasil, por meio de estudos realizados por autores como Gabriel Gomes de Lucca da Universidade Federal do Paraná e de Helder Lima Gusso da Universidade Federal de Santa Catarina.

Já a abordagem Cognitiva, é uma das mais recentes na Psicologia, chegando ao Brasil na década de 1980 e que tem alcançado diversos campos além do clínico, mas que, porém, não há indícios significativos de sua utilização em ST. O número considerável de participantes que utiliza a teoria Cognitiva não é compatível com o número de participantes que expressou que o trabalho possui ligação com o estresse, aponta-se tal questão porque a teoria Cognitiva, enquanto abordagem geral, possui proximidade com a teoria de Estresse, enquanto abordagem de SM e trabalho. Porém, essa coerência não foi observada.

Também outras abordagens de uso notório na prática clínica são citadas e geram possíveis questionamentos quanto a sua adequação ao espaço de trabalho, sendo elas a abordagem Humanista, Gestalt, Sistêmica e o Psicodrama.

Chama-se a atenção para apenas duas referências à Psicodinâmica do trabalho, abordagem que como o próprio nome apresenta, possui sólidos conhecimentos de aplicação na área do Trabalho e que, inclusive, se caracteriza como uma das principais teorias de Saúde Mental e Trabalho, como apontado no Referencial teórico deste estudo.

A resposta sobre uso de Terapia Familiar Sistêmica faz gerar indagações sobre sua aplicabilidade no contexto do CEREST, uma vez que nenhuma prerrogativa teórica ou legislativa prevê a realização de atividades que envolvam o trabalho psicoterapêutico, tão pouco com familiar. Outra questão curiosa é a resposta do Participante 21 que diz ser importante alinhar os conhecimentos teóricos às experiências do psicólogo, o profissional afirmou que busca “atualização em todas, mas também lança mão de outros conhecimentos alinhados a vida, que a meu ver não se pode prescindir”. Tal informação não possui suporte e validação da literatura da área.

Apenas um participante destacou que o conhecimento de que CEREST não prevê o uso de abordagens teórico-metodológicas ao afirmar que “enquanto psicólogo o Cerest não trabalha com atenção direta ao trabalhador. O Cerest segue o modelo de atuação preconizado pela Renast, que no nosso caso não permite o atendimento direto do trabalhador. O atendimento e atenção ao trabalhador é feito na rede. O Cerest não é porta de entrada”, a partir do fragmento o participante quis destacar que a Política Pública não exige uma postura teórica definida, o que de fato tem fundamento e se explica também pelo fato de existir poucos estudos sobre a atuação do psicólogo em CEREST, tão pouco descobertas sobre definições teóricas

que respaldam e trazem benefícios para tal trabalho. Também na Psicologia não há documentos oficiais que afirmem a necessidade do psicólogo atuar conforme uma teoria específica.

#### 4.3.8 Materiais de embasamento

Aos participantes da entrevista foi indagado também quais materiais teóricos embasam sua atuação, deixando livre para exporem entre normativas, manuais, legislações, etc. No entanto, percebeu-se que três dos participantes remeteram-se aos materiais da linha teórica que utilizam (sendo elas: Psicanálise (1), Gestalt (1) e Psicodrama e Fenomenologia (1) e três sobre a Psicodinâmica do Trabalho, que é uma das teorias de SM e trabalho.

Dois participantes disseram que utilizam materiais que obtém em buscas na *internet*, tais como teses, artigos e sites, afirmou realizar tais buscas pelo fato de serem poucos os materiais na área. De maneira similar, a participante 17 relatou buscar por materiais novos na área, buscando estar atualizada.

Também dois participantes afirmaram que se embasam em materiais da área de POT. Foram identificados materiais utilizados por apenas um participante cada, sendo eles: o próprio manual do CREPOP (2008) e materiais do CFP.

#### 4.3.9 Conhecimento de Legislações e materiais da RENAST

Um dado surpreendente é que três dos sete participantes entrevistados não lembra e não utiliza nenhum material que explique o que é RENAST e CEREST, inclusive dois dos participantes afirmaram “nem lembrar” de nenhum material e a participante 30 destacou que não conhece qualquer material teórico sobre RENAST, que conheceu o serviço no primeiro dia de trabalho e que o que sabe a respeito é o que vive no cotidiano.

Apenas uma participante (09) citou diferentes materiais, sendo eles: a Portaria nº 3.120 (BRASIL, 1998) que fala sobre a vigilância na RENAST e que possui coerência com as demais respostas do participante, pois este foi uma das psicólogas que relatou que a principal atividade que realiza é vigilância, a Portaria nº 1.823 (BRASIL, 2012) que institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, a Portaria nº 2.728 (BRASIL, 2009) que dispõe sobre a RENAST. Tanto a participante 09 quanto a 17 afirmaram que sempre buscam estar atualizadas às novas normas e leis que surgem no SUS.

Já a participante 22 respondeu que conhece e utiliza a Normativa 205 (BRASIL, 2016) que define a lista nacional de doenças e agravos relacionados ao trabalho. Esta normativa tem o objetivo de gerar orientações e embasa-se em três principais questões: 1) legislações anteriores; 2) é preciso que as unidades sentinelas sirvam como sistema de vigilância e 3) é necessário padronizar normas relacionadas à notificação compulsória de vigilância no SUS, deste modo, por meio de uma legislação se efetiva para definir a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.

A participante 5 e a 17 responderam de maneira mais superficial, porém, ampla, a primeira informando que conhece e respalda seus trabalhos na “política nacional de ST, as leis de notificação, os protocolos do MS a respeito das doenças e agravos relacionados a ST” e a segunda que conhece “todas as leis, desde a construção da renast, implantação de cerest, portarias de notificação relacionadas ao trabalho (...) Principalmente a lista de notificação de doenças compulsórias, de notificação compulsória de agravos relacionados ao trabalho”.

Uma informação importante a respeito foi dada pela participante 17 que destacou que “trabalha muito mais com leis estaduais do que federais, porque as nossas leis estaduais acabam superando algumas questões e se detendo a algumas questões que são regionais mesmo” e apenas um participante citou conhecer e utilizar princípios da Lei 8080 (BRASIL, 1990), que é de fundamental importância para a RENAST. Esta lei foi outorgada pela Presidência da República em 1990, possui caráter legislativo e passa a regular em todo o Brasil os serviços e ações de saúde, por este motivo é de fundamental importância tanto para o setor público como também para o privado.

A importância desses materiais pode ser ilustrada pela fala da participante 17: “quando a gente vai visitar as unidades a gente leva isso com a gente, a gente deixa as cópias nas unidades justamente para acompanhar isso”, ou seja, o conhecimento das legislações da área tem dupla (e até mais) utilizações: fornecem embasamento e podem ser utilizados de diferentes formas pelos profissionais.

#### 4.3.10 Instrumentos, Protocolos e Guias utilizados

Seguindo a lógica de Bastos, Yamamoto e Rodrigues (2013) é importante o psicólogo da área de POT utilizar métodos e procedimentos sólidos que reflitam na execução de um trabalho ético e comprometido. Compatível a tal sentença, foi indagado aos psicólogos sobre o uso de instrumentos, protocolos e guias em seu trabalho. 41 deles, o equivalente a 73,2% afirmou que baseia seu trabalho em protocolos e guias e 15 deles (26,8%) afirmaram não utilizar de nenhum dos materiais. Esta informação está expressa no Gráfico 08, exposto a seguir.

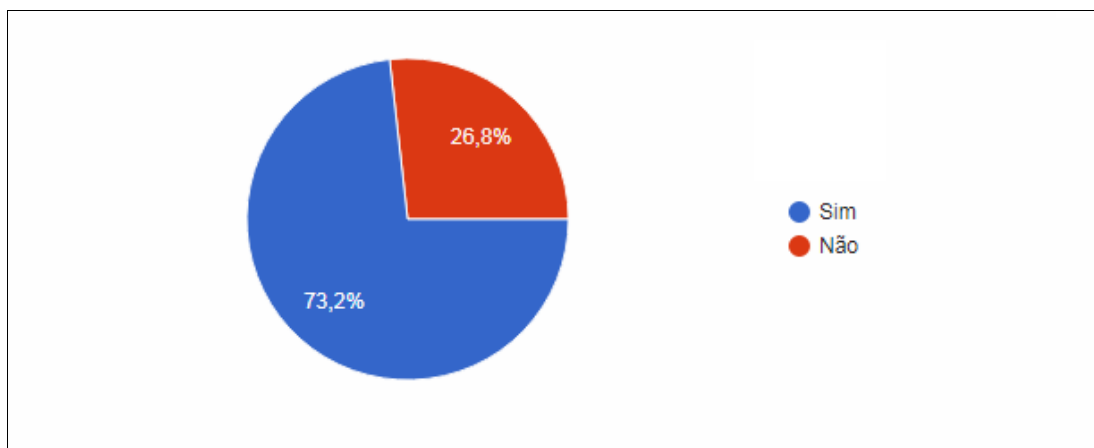


Gráfico 8 - Quantitativo de psicólogos que faz uso de protocolos de guias em seu trabalho  
Fonte: A autora (2019).

Como evidenciado, não é 100% o total de psicólogos que compreende e realiza o que Bastos, Yamamoto e Rodrigues (2013), entre tantos outros autores, recomendam. No entanto, é preciso levar em conta também que nem sempre a realidade dos CEREST permite a utilização de tais materiais: faltam recursos financeiros (n=5). A participante 42 explica que o CEREST que atua é um dos que não possui testes e inventários devido a falta de verba para tal, complementa que o psicólogo precisa se adaptar a esse contexto, uma das adaptações é feita pelos participantes 09 e 01 que constroem inventários para coleta de dados, tais como entrevistas e questionário, o que pode ser benéfico ao se adaptar às características de cada população atendida.

Uma compreensão distinta disto foi a dada pela participante 22 que diz não realizar materiais deste formato porque não realiza tratamento e psicodiagnóstico, no entanto, esta abrangência de materiais indagados não serve apenas para essas atividades e sim para embasar o trabalho como um todo, acentua-se a isso o fato acentuado na Lei 8080 (BRASIL, 1990) que é necessário que o profissional que atua no SUS esteja em constante aprimoramento.

Dentre os 73,2% da amostra que utilizam protocolos, testes e guias averiguou-se que o instrumento mais utilizado são: roteiros de anamnese por 73,1% deles, seguido de roteiro de entrevistas (61,5%), inventários (36,5%), testes psicológicos (11,5%) e testes não psicológicos (7,7%). Alguns instrumentos mais específicos foram: Escala de Medida de Caracterização da Síndrome de *Burnout* (Participante 14), “dados epidemiológicos” (Participante 44), “QRD, Escalas *Beck*, Escala TOC” (Participante 30), “Protocolo de Saúde Mental do Estado da BA, Ficha de Notificação de TMRT e dados do SINAN-NET” (Participante 51), por suas especificidades, estes últimos instrumentos estão intrinsicamente relacionados com as demandas quais os psicólogos atendem em seu cotidiano. Entretanto, apenas uma das participantes respondeu explicando para que utilizada cada instrumento, segue a fala dela

“o AUDIT para identificar ações desordens devido ao uso de álcool. Utilizo também uma escala né da caracterização da síndrome de *Bournout*, que o próprio trabalhador preenche e depois a gente corrige né a escala, o próprio trabalhador tem o autoconhecimento de como ele ta, eu faço esse trabalho com os trabalhadores de saúde” (Participante 17).

Um dos participantes destacou que embasa seu trabalho na legislação da área, o que possui fundamental importância. Na ocasião do questionário o participante 35 destacou que “meio da consolidação de protocolos, instrumentos voltados aonexo/notificação (produção de dados)” é possível tornar mais visível a relação do adoecimento mental com o trabalho. A partir desse fragmento ilustra-se a importância e utilidade de tais materiais.

Além disto, dois instrumentos destoam dos demais, são eles as Obras Freudianas (Participante 11) e Associação Livre (Participante 35), ambos os itens possuem embasamento Psicanalítico e sendo o segundo, na realidade, uma técnica (FOSTER, 2010). Novamente, a questão do distanciamento teórico da Psicanálise com a área da ST e das Políticas Públicas de Saúde de maneira geral precisa ser lembrada.

Nas entrevistas realizadas ficou evidente o quanto os instrumentais utilizados por psicólogos em CEREST são perpassados diretamente pelas possibilidades de recursos, sobretudo financeiros, de cada CEREST. Por este motivo, percebeu-se que o número de psicólogos que utiliza testes psicológicos, que necessitam de compra, é de apenas 14,6%, este mesmo fator possivelmente explica o fato de 7,7% dos psicólogos fazer uso de instrumentos que não são da Psicologia.

#### 4.3.11 Aprendizado do Psicólogo sobre Saúde do Trabalhador durante a Graduação

Ainda tomando por base a perspectiva de Bastos, Yamamoto e Rodrigues (2013) sobre a importância de um conhecimento sólido embasar ações em POT, os profissionais foram indagados sobre como a ST havia sido abordado em suas graduações. Preferiu-se restringir esta pergunta apenas à graduação, devido ao fato de ser exigência mínima para o cargo que ocupam e assim abranger a todos.

Os resultados mostraram que a maior parte (n=31) não teve o tema abordado em sua graduação, uma das explicações para tal é o fato dos participantes terem realizado suas graduações no período anterior à inserção do tema nas graduações. Alguns participantes, inclusive, se formaram em uma época que a RENAST sequer existia, o que fica evidente a partir do próprio relato de dois dos participantes “como me formei em 2004 e a RENAST começou em 2000, na época pouco se falava e sabia sobre o tema” (Participante 25) e “muito pouco, pois concluí a graduação em 1990” (Participante 42).

Sabe-se que a inserção do tema ST é recente, sendo incorporada às grades curriculares dos cursos nos últimos 10 anos, isto decorre do fato do mercado de trabalho passar a absorver significativamente o trabalho dos psicólogos nas áreas relativas à ST, especialmente nos CEREST (COELHO, LIMA, 2013). No entanto, ainda conforme os autores, tal aprendizado atualmente ainda é limitado e impacta na atuação dos psicólogos no referente campo (COELHO-LIMA, COSTA; YAMAMOTO, 2013). Este desconhecimento implica na falta de preparo e conhecimento sobre questões relevantes da junção da Psicologia com ST, como o adoecimento mental (SANTOS; LACAZ, 2011).

Diversos participantes destacaram que precisaram obter os conhecimentos necessários para atuação em CEREST por outros meios, alguns desses relatos afirmam “tudo que aprendi fui em cursos e

leituras com apoio da Diretoria de Saúde e de profissionais já atuantes na área. Busca o qual somente este ano estou conseguindo atuar com mais afinco” (Participante 13) e “o tema foi revisto com perspectivas mais profundas na pós-graduação” (Participante 17). Isso vai ao encontro do que a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) preconiza sobre o permanente aperfeiçoamento de quem atua em serviços do SUS e também com o que a PNST (BRASIL, 2011) afirma na seção sobre Desenvolvimento e Capacitação de recursos humanos no item f “estabelecimento de referências e conteúdos curriculares para a formação de profissionais em ST, de nível técnico e superior” (s/p). A mesma legislação também expõe sobre a importância do “i) investimento na qualificação de todos os técnicos dos CEREST, no mínimo, em nível de especialização” (s/p), no entanto, não fora averiguado com os participantes do estudo se o conhecimento obtido em graduações foi mediado ou incentivado por instâncias políticas da área.

O documento do CREPOP (2008) sugere alguns pontos a serem incorporados na formação do psicólogo e que podem auxiliar na execução de ações na área da ST, são eles:

- 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 o seu caráter histórico e processual;
- 3) o enfoque nas diferentes possibilidades de atuação do psicólogo 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 a ergonomia, a Sociologia, a Filosofia, a epidemiologia social, a Antropologia, a saúde coletiva, a Economia etc;
- 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 ao profissional apreender as reais necessidades dos trabalhadores, ao assumir o compromisso com a preservação da saúde nos contextos 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, propondo um psicólogo como investigador prático, e não como mero aplicador de técnicas (CREPOP, 2008, p. 45-46).

A sugestões dadas pelo CREPOP (2008) são, sobremaneira, não apenas instrumentais como também reflexivas e críticas, pelo fato deste órgão tratar estas duas últimas características como necessárias ao trabalho da Psicologia em ST. Ainda, reafirma a importância de aprendizagem, por parte dos psicólogos, da importância de aspectos históricos na construção das subjetividades com as quais se depararão e especialmente o conhecimento sobre Políticas Públicas de Saúde. Rumin (2016) reafirma a importância e a possibilidade real dos processos formativos em Psicologia alinharem-se às exigências e orientações da área da ST.

Mesmo os demais participantes que assinalaram que tiveram o tema ST abrangidas em suas graduações informaram que não foi de maneira densa e que sustente de maneira teórica e prática a atuação



na área, tais informações estão contidas em relatos como “de forma bastante superficial” (Participante 11) e “Praticamente nada, não tínhamos algo mais específico (Participante 01).

Outra questão emergente nas respostas foi o fato de a área de trabalho ter sido abordado apenas pela ótica da Psicologia Organizacional para sete dos participantes, atribuindo a realização de intervenções em ST apenas a contextos de organizações, exemplificado pelo seguinte fragmento: “Foi abordada através na psicologia organizacional, mas sem tanto aprofundamento nos transtornos mentais relacionados ao trabalho que acometem tantos trabalhadores. Foi mais na questão de clima organizacional, pesquisas de clima, enfim” (Participante 19). Além disto, sabe-se que ações de ST podem ocorrer em qualquer contexto de trabalho (BORGES; YAMAMOTO, 2014). A propósito, apenas sete participantes relataram ter na graduação a disciplina de Psicologia do Trabalho e um relatou ter a disciplina de Saúde Psíquica e Trabalho, que foi a disciplina mais específica averiguada nas respostas.

Outro dado relevante que vai de encontro a uma das questões discutidas anteriormente é o fato de quatro participantes descreverem que aprenderam sobre ST a partir do viés da Psicanálise. De certa maneira, este dado pode demonstrar uma coerência entre a amostra de participantes ao estar relacionado ao fato de 30,4% dos participantes assinalarem que atuam conforme o aporte teórico-metodológico da Psicanálise e por possivelmente terem aprendido sobre o tema a partir dessa ótica, haja visto a já comentada proeminência da Psicanálise nas grades curriculares dos cursos de Psicologia (BASTOS; GOMIDE, 1989).

Os participantes também afirmaram terem aprendido superficialmente sobre o tema ST em outras disciplinas como Psicologia Comunitária (n=1), Saúde Pública (n=1), Psicologia Preventiva (n=1), Psicologia Institucional (n=1), Psicologia Social (n=3), Gestão de Pessoas (n=1) e Recursos Humanos (n=1). O fato de estar contida em disciplinas que não específicas certamente faz com que o repasse de conhecimento tenha sido balizado por tais disciplinas.

Por fim e de maneira mais otimista, dois participantes relataram terem obtido conhecimento sobre o tema de maneira mais extensa, como é possível ver em: “Tive várias disciplinas em Psicologia do Trabalho e Organizacional, foram abordadas principalmente a partir da perspectiva da psicodinâmica do trabalho de Dejours, a clínica da atividade de Yves Clot. Também fiz Mestrado na área de psicologia organizacional sobre a atuação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, sob orientação de Carvalho – Freitas” (Participante 15) e “A saúde do trabalhador foi abordada principalmente através de duas disciplinas próprias, ambas com 4 horas semanais durante um ano, uma em cada semestre. Foram vistos autores como Dejours, Codo, alguns da Psicologia Social como Baremlitt, Yves Clot entre outros” (Participante 29).

#### 4.4 CONCEPÇÕES DO PSICÓLOGO

Em sequência são apresentadas as concepções das/dos psicólogas/os sobre saúde, SM e a relação da SM com trabalho.

## 4.4.1 Concepções sobre Saúde

Primeiramente apresenta-se a categorização das respostas sobre saúde obtidas no questionário. O Quadro 07, exposto na próxima página, sintetiza esses dados.

Nº	Categoria	Crítérios para inclusão <sup>8</sup>	F <sub>i</sub>	Exemplos de fragmentos
01	Compreensão de saúde atrelada à noção de completo bem-estar	Ter uma visão otimista e associar à saúde a bem estar;	23	“É uma questão de bem estar e qualidade de vida, tanto no que se refere à saúde física e mental” (P. 18)
				“Estado de pleno funcionamento de um ser humano considerando sua dimensão física, mental, social e outras que ainda virão” (P. 39)
				“Ter boa disposição física, mental e social” (P. 37)
				“Bem estar psicossocial” (P. 46, 42 e 29)
2	Compreensão de Saúde a partir de diversos fatores	Citar diversos aspectos que compõem a saúde	13	“Saúde São todos determinante que nos levam a viver de forma digna: saneamento básico, trabalho, cultura, lazer, moradia...educação” (P.03)
				“Saúde é holística. Envolve cada espaço social, biológico, cultural entre outros” (P.22)
				“(…)sendo influenciada fortemente por fatores externos, incluindo o trabalho” (P.36)
				“Processo de qualidade de vida (alimentação, educação, moradia, trabalho, lazer, cultura, renda) que inclui condições dignas de vida e de trabalho, participação social, acesso e acompanhamento nos serviços públicos para auto cuidado, cidadania (...)” (P.38)
3	Compreensão de Saúde como equilíbrio	Citar o termo equilíbrio combinado com outros fatores	8	“Um certo equilíbrio entre diversos elementos que fazem interface com a vida e com a morte” (Participante 10)
				“Equilíbrio e funcionalidade dentro do contexto de cada um” (Participante 27)
				“Saúde é o ritmo da vida, um processo contínuo, no qual o equilíbrio sempre volta a se estabilizar” (Participante 32)
04	Concepção de saúde relacionada à promoção de aspectos emocionais e espirituais	Citação de dimensões emocionais e/ou espirituais	5	“Saúde é o estado de bem-estar físico, mental e emocional que persiste na maior parte do tempo e no qual consigo lidar com as dificuldades e incômodos inevitáveis” (Participante 14)
				“é uma busca de equilíbrio entre o biológico, social, psicológico e espiritual” (Participante 23)
				“Bem estar físico, emocional e social” (Participante 40)
05	Concepções com embasamento na literatura ou legislação	Conter referência à algum conceito ou autor da literatura científica ou da legislação	2	“Algo que diz respeito a todos os vivos, e não somente assunto de "especialistas". Entendo saúde como a definem Nietzsche ("grande saúde"), Canguilhem (capacidade normativa dos humanos) e Dejours (algo que se busca conquistar e que se defende, como a liberdade)” (Participante 41)

Quadro 7 - Concepções sobre Saúde obtidas na questão 19 do Questionário  
Fonte: A autora (2019).

<sup>8</sup> O critério de exclusão foi apenas um para todas as categorias: o fragmento possuir algum tipo de contradição. Foram encontradas três concepções com diferentes tipos de contradição e que por isso não foram apresentadas nos resultados.

Como possível identificar por meio do Quadro 07, foram identificadas cinco categorias sobre concepções de Saúde. A maior parte (n=23) das definições associaram Saúde a bem-estar, comumente falando que este bem estar é físico, mental ou social e também pelo termo “biopsicossocial” que é bastante conhecido na área da Psicologia. Esta concepção assemelha-se à definição da OMS (1946, s/p) que afirma que Saúde é “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Esta concepção é bastante criticada atualmente por criar uma dicotomia entre saúde e doença. Inclusive alguns (n=6) dos próprios participantes manifestaram críticas sobre esse modelo afirmando que “saúde não é ausência de doença, pq isso é utópico” (Participante 02) e que “Saúde vai muito além da simples ausência de doença” (Participante 36). No entanto, 05 participantes assinalaram na Questão 21 do Questionário que concordam que Saúde é ausência de doenças, assim, embora de maneira ínfima tal compreensão é presente nas concepções dos psicólogos que atuam em CEREST.

A predominância de compreensão de saúde como um “Bem-Estar” também pode ser vista na Questão 21 do Questionário, em que 82,6% dos participantes assinalaram concordar que “Saúde é um completo bem-estar”. Seguramente esta questão foi a de maior consenso entre os participantes uma vez que as demais sentenças tiveram um grau e acordo de 1 a 9% apenas. Como Canguilhem (1995) destaca saúde e doenças estão unidas e expressam diferentes faces de uma mesma face humana, o psicólogo em CEREST age sobre ambas as faces comentadas, entretanto, sua visão sobre saúde compreende apenas uma.

Mesmo tais críticas serem consolidadas na literatura científica e expressivas nas concepções de psicólogos, isto não impediu que fosse a mais recorrente. Também é possível questionar o seguinte ponto: embora a maioria dos psicólogos concebam saúde como um completo bem-estar, o seu objeto de trabalho é muitas vezes focado no adoecimento, seja em termos de recuperação (quando os psicólogos fazem psicoterapia e atendimentos, por exemplo, como visto na seção referente às ações dos psicólogos), seja quando realizam ações preventivas, como palestra, e falam sobre como evitar agravos na saúde. De certo modo pode-se deduzir que a concepção que uma parte significativa dos psicólogos de CEREST tem sobre saúde distancia-se de suas práticas cotidianas.

Foi possível perceber também que na Categoria 01 havia uma tendência dos participantes a inserirem a dimensão física (n=10) e de forma menos recorrente a questão biológica (n=3). No entanto, ainda assim tais respostas não foram associadas ao Modelo Biomédico pelo fato da consideração dos participantes não explicar a saúde exclusivamente pelo aspecto biológico, mas sim o citar como uma das facetas que influencia a saúde como um todo. Foi confirmado que os participantes desta pesquisa não possuem um viés de compreensão biomédico ao se constatar que nenhum deles assinalou concordar com a sentença que destacava que “A saúde se refere, unicamente, a questões biológicas e orgânicas” (Questão 21 do Questionário) e que estava assim associada ao Modelo Biomédico. O Modelo Biomédico se distancia do modelo do SUS, pois enquanto o primeiro destaca que a saúde é explicada por fenômenos essencialmente biológicos, o segundo traz uma definição que engloba fatores sociais (BRASIL, 1990).

A segunda categoria com mais representatividade é sobre Saúde ser o resultado da combinação de diversos fatores. A Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) possui uma definição robusta uma vez que

afirma que diversos fatores determinam a qualidade de Saúde de uma população. Inclusive alguns participantes citaram influências contidas na própria lei, tais como renda (Participante 38), cultura (Participantes 03, 22) lazer (Participantes 04, 05, 38 e 48) e saneamento básico (Participantes 03 e 48), bem como acesso aos próprios serviços da área da Saúde (Participante 38 e 48). Ainda, todos os fragmentos são profundamente similares ao texto literal da Lei Orgânica de Saúde. Como os participantes atuam no SUS é esperado que entendam, de fato, a saúde como multifatorial.

Foi nesta categoria que mais apareceram menções ao Trabalho como influente no processo de Saúde, este elemento foi citado pelos Participantes 03, 04 e 36 (Há apenas mais um participante que relatou a influência do trabalho na saúde e que, porém, está em outra categoria: o participante 28 afirmou que a saúde “está relacionada também ao seu ambiente de trabalho” e está inserido na Categoria 01 uma vez que sua compreensão prévia é da saúde como bem-estar físico). Quando os participantes tiveram que escolher entre uma lista de fatores que interferem na saúde foi possível perceber que 96,4% deles assinalaram que trabalho é um destes fatores. Estes dois pontos demarcam uma contradição e imprecisão dos participantes sobre suas concepções de quanto o trabalho interfere na saúde, afinal, não foram citados de maneira totalitária. Dois participantes não concordaram nessa mesma questão que trabalho influencia na saúde, entretanto, a influência e centralidade do trabalho é premissa básica para a RENAST (CARDOSO, 2015). Isso revela-se como uma questão curiosa e paradoxal, ainda mais quando lembrado que esse trabalho tem como premissa que as ações dos psicólogos expressam suas concepções. Nestes casos, uma concepção de que trabalho não influencia na saúde de um trabalhador que está procurando auxílio justamente em um serviço especializado em questões de trabalho, pode promover ações insuficientes ou até inadequadas aos atendidos em tais serviços.

O fato de apenas 13 dos 56 participantes terem concepções de saúde próximas à definição do SUS faz emergir a seguinte problematização: uma vez que os psicólogos de CEREST estão inseridos no SUS, suas definições de Saúde não precisariam estar coerentes ao que prega esta política pública. Tal resultado coloca como hipótese as explicações para essa questão ser o desconhecimento por parte dos participantes do sistema que atuam, isto pode ser melhor validado quando se leva em consideração que apenas dois dos participantes afirmaram conhecer a Lei 8080 (BRASIL, 1990) que descreve os principais princípios norteadores do SUS.

A categoria 03 remete a concepção de Saúde como equilíbrio de fatores, o que se assemelha à visão da Psicodinâmica do Trabalho, que vê a saúde não como um estado e sim uma busca contínua por equilíbrio (DEJOURS, 2004), como fora anteriormente citado. Além disto, esta categoria também é parecida com a compreensão do SUS que afirma que saúde é a soma dos determinantes sociais de saúde, porém, não cita o termo equilíbrio, que possui um teor mais individual e não social que é o foco da lei do SUS. A compreensão sobre equilíbrio fora também percebida na Questão 21 do questionário, momento em que 07 participantes assinalaram ver saúde como um equilíbrio, inclusive citada como “homeostase orgânica” pelo Participante 45.

A categoria 04, expressa por 05 participantes, traz para a discussão um fator recentemente inserido na compreensão de saúde: a influência da espiritualidade e das emoções. Referente à Espiritualidade, esta não está relacionada, necessariamente, atrelada com religiosidade e sim diz respeito à “experiência de contato com algo que transcende as realidades normais da vida. Significa experimentar uma força interior que supera as próprias capacidades (OLIVEIRA; JUNGES, 2012, p. 470). Já as Emoções são constantemente citadas como um dos principais âmbitos que são alterados quando o indivíduo está em processo de doença física e sobretudo mental. Em 1988 o âmbito espiritual foi incluído pela OMS no conceito multidimensional de saúde, referindo-se a questões que geram sentido e significado na vida das pessoas e não a questões religiosas. Nesta definição a OMS reconhece a ligação entre Espiritualidade e Emoções, por este motivo esta categoria contempla ambos os aspectos.

Por fim, a categoria 05 refere-se a citações com respaldo teórico, o que demonstra propriedade teórica a respeito do assunto. No entanto, foi expressa por apenas dois dos participantes. O Participante 41 citou autores extremamente importantes para a discussão sobre Saúde, um deles é Georges Canguilhem, que questiona sobre a noção comum de normalidade (tal autor foi, inclusive, citado neste trabalho) e outro autor é Cristophe Dejours, um dos autores que mais trouxe contribuição à área de SM e trabalho e que também fora citado anteriormente nesta dissertação. Já o Participante 35 fez menção à Constituição de 1988 afirmando que esta apregoa que a saúde é resultado de fatores como bem-estar físico, psicológico e social e não é ausência de doenças, no entanto, a informação dada pelo participante está equivocada pois o que este documento faz é preconizar a saúde como um direito de todo cidadão brasileiro garantida por meio de políticas públicas sem comentar o que é e o que não é saúde. A definição comentada pelo participante foi feita em 1990 pela Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) que, inclusive, baseia-se na Constituição de 1988.

Ademais, foi possível perceber que três participantes remetem a saúde à subjetividade, o que dá relevância ao que cada trabalhador compreende e abstrai de seu trabalho. No entanto, tal teoria pode induzir a pensar que saúde é uma responsabilidade exclusiva do sujeito quando se sabe que é a soma de diversos fatores e não de responsabilidade exclusiva do indivíduo (BRASIL, 1990).

De forma complementar cita-se brevemente que surgiram quatro concepções isoladas e seguem três a título de exemplificação: uma delas afirma que Saúde precisa “Ter como referência a Pirâmide das Necessidades Humanas de Maslow” (Participante 54) e até repostas de cunho poético como “A saúde emana da descoberta, por meio da observação e investigação, do que é verdadeiro (vida real) e do que é falso (vida social). O significado de amor, felicidade, inteligência, liberdade na vida real dissolve o medo; na vida proposta pela sociedade desenvolve o medo (Participante 20). Pode-se assegurar que nenhuma das concepções possui respaldo teórico pelo menos quando considerados os principais modelos explicativos de Saúde citados neste trabalho.

No entanto, quando os participantes foram indagados sobre os fatores que interferem nos níveis de saúde, as respostas foram mais homogêneas, de forma que: como citado anteriormente 96,4% citaram que trabalho é um dos fatores que influencia na saúde, o que faz sentido ao considerar que é esperado desta

classe tal compreensão – uma vez que os psicólogos em CEREST atuam com questões ligadas com o que o trabalho reverbera na vida das pessoas, sobretudo, em suas saúdes. O fator Questões Sociais empatou com o trabalho, sendo assinalado também por 96,4% dos participantes. Na sequência há Fatores Biológicos e Alimentação com 94,6%, Renda com 92,9%, Educação (91,1%) e Atividade Física, Meio Ambiente, Lazer, Moradia e Cultura entre 85 a 90%. Ou seja, todos os fatores foram considerados nesta questão de maneira maciça pelos participantes.

É válido mencionar que tais fatores apresentados aos participantes nesta questão são os comentados na Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990) como determinantes de saúde em território nacional. Embora o alto número de concordância com todos os fatores, não é possível concluir e apontar seguramente que os participantes de fato concordam com a influência de tais fatores, pois quando solicitado que descrevessem suas próprias contribuições apenas 13 remeteram à amplitude de fatores que influenciam nesse processo.

#### 4.4.2 Concepções sobre Saúde Mental e Trabalho

Esta seção foi a que obteve as respostas mais extensas, o que reitera o fato de SM e trabalho ser complexo e envolver múltiplas questões, conforme exposto no quadro abaixo.

Nº	Categoria	Crítérios para inclusão <sup>9</sup>	Fi	Exemplos de fragmentos
1	Definição de SM e Trabalho similar à Psicodinâmica e Trabalho	Trazer a SM relacionada ao trabalho a partir de uma perspectiva de equilíbrio;  Diferenciar mais de um tipo de sofrimento devido ao trabalho;	14	“O trabalho pode ser fonte de prazer ou de sofrimento” (P. 09)
				“Deve ser compreendida a partir de um certo equilíbrio da dinâmica estabelecida entre as instâncias psíquicas. O trabalho realizado por nossas instâncias psíquicas afeta e é afetado pelas vivências no mundo do trabalho” (P. 10)
				“A relação com o trabalho pode interferir positiva ou negativamente na saúde do trabalhador, especialmente a saúde mental” (P. 17)
				“Saúde mental é ter equilíbrio em sua vida pessoal e funcional” (P. 27)
02	Definição de SM e Trabalho similar à teoria de Subjetividade	Entender que a subjetividade interfere de diferentes modos a SM e trabalho	07	“Assim dependendo das predisposições e a forma de lidar com este papel social no trabalho, poderá haver adoecimento ou não” (P. 23)
				“O trabalho interfere significativamente na vida das pessoas, sua saúde física e também mental depende da boa relação que elas tem com o trabalho” (P. 15)
				“O trabalho ocupa um papel importante na construção da identidade, da subjetividade e no modo de vida das pessoas” (P. 19)
				“É fato que a relação do sujeito com o trabalho e a satisfação que este traz ou não influencia na saúde do mental do mesmo. Mas a cada um afeta de uma maneira” (P. 21)
	Definição similar à	Conceber como estado	7	“A saúde mental é o processo de seu bem estar”(P. 03)
				“Ausência de sofrimento psíquico (realização, prazer, criatividade)

<sup>9</sup> O critério de exclusão foi apenas um para todas as categorias: o fragmento possuir algum tipo de contradição.

3	da OMS	de bem-estar		no desenvolvimento de sua atividade laborativa” (P. 08)
4	Definição com influência de mais de uma teoria sobre SM e trabalho	Conter frases que estejam relacionadas a duas ou mais teorias de SM e trabalho	04	<p>“Traz identidade, realização, além da função de subsistência. A ausência de trabalho ou um trabalho que não atende minimamente as questões motivacionais e ou que seja realizado em condições precárias, insalubres ou mesmo precarizadas expõem os trabalhadores a doenças físicas e mentais” (P. 04)</p> <p>“Saúde Mental é uma condição de saúde (um equilíbrio) em que é possível viver, desfrutar, adaptar-se ou enfrentar as diversas situações da vida, dentre as quais o trabalho está incluso. Deste modo a relação entre saúde mental e trabalho está na possibilidade que: as relações de trabalho, gestão e produção possibilitem ao trabalhador lidar com as demandas e gratificações do processo laboral conforme sua subjetividade” (P. 33)</p>
5	Sujeito como responsável por agir	Atribui ao sujeito a responsabilidade	04	<p>“A capacidade de resiliência assertividade e proatividade p mim estão relacionadas a saúde mental” (P. 02)</p> <p>“A saúde mental está relacionada à forma como ela reage às exigências (...) Se a pessoa está em desequilíbrio desse conjunto ela irá ter dificuldade de desenvolver um trabalho de qualidade” (P. 45)</p>
6	Ações necessárias à esta correlação	Citar ações e metodologias e não definições	03	<p>“A saúde mental está diretamente relacionada a promoção de condições laborais que garantam qualidade de vida no trabalho” (P. 07)</p> <p>“Acolhimento. Atenção, reflexão sobre atuação do trabalhador e Empresa” (P. 56)</p>
7	Definição Similar à de Ergologia	Concepção da relação direta entre trabalhador e trabalho	01	“O trabalhador e o ambiente de trabalho e suas relações estão intimamente ligados (...)” (P. 22)
8	Teoria do Estresse	Trabalho como estressor e psicopatológico	1	“(…) O meio do trabalho é por si só um ambiente em que exige do trabalhador adaptação e em sua maioria uma adaptação não tão assertiva, por ex, condições de trabalho inadequadas, ritmo intenso de trabalho, pressões da chefia, ausência de pausas, desvalorização profissional entre outras e tudo isso interfere em como esse trabalhador poderá ter sua saúde mental abalada” (P. 22)

Quadro 8 - Concepções de Saúde Mental e Trabalho obtidas na Questão 22 do Questionário  
Fonte: a autora (2019)

A partir do Quadro 88 é possível perceber que um número significativo de concepções sobre SM e trabalho remete aos preceitos da Psicodinâmica do Trabalho, remetendo essencialmente sobre a compreensão de que o trabalho pode gerar tanto prazer quanto sofrimento mental e que este sofrimento pode ser positivo ou negativo, remetendo ao sofrimento criativo ou patogênico, dado então que cria a Categoria 01. Também nesse agrupamento de falas foi possível averiguar a associação da SM e trabalho relacionado ao equilíbrio, questão que Dejours (1991) preconiza. A Psicanálise possui proximidade com a Psicodinâmica e é utilizada por 30,4% dos participantes deste estudo, mostrando, assim, uma possível relação entre os dados. Outro dado da pesquisa que também possivelmente está articulado é o fato dos psicólogos realizarem suas ações predominantemente de maneira individual o que, para a Psicodinâmica é um dos princípios nos formatos de realização no Brasil<sup>10</sup> (aliás, aqui no Brasil a Psicodinâmica é aplicada de maneira individual e em outros países por meio de intervenções coletivas).

<sup>10</sup> No entanto, em outros países a Psicodinâmica do Trabalho é realizada em formatos coletivos.

Apenas um trabalhador reconheceu o estresse como causa de adoecimento mental, o que remete, diretamente, a teoria do Estresse. Não foi constatado nenhum fragmento que remetesse aos conhecimentos da Epidemiologia em Saúde do Trabalhador, uma das hipóteses para isto é a de que a Epidemiologia pressupõe grandes números para então supor algo (SOUZA, 2010), isso é, trabalha com o método de dedução, enquanto o cotidiano dos psicólogos ocorre em instâncias menores.

Alguns participantes (n=3) não uniram SM e trabalho, expondo assim suas opiniões sobre ambos, de forma separada. Isto possui um cunho negativo ao mostrar que o participante não relaciona ambas as instâncias, o que é um requisito básico para atuação em ST, que é uma área que une os conhecimentos da área da saúde, sobretudo SM, com a área do Trabalho. Este fator pode ainda influenciar as ações do mesmo participante, uma vez que este trabalho parte do pressuposto de que as concepções teórico-metodológicas dos participantes direcionam suas ações. Em contrapartida, diversos participantes demonstraram conhecimentos sólidos sobre SM e trabalho juntamente com diversas reflexões e ponderações, que evidenciam propriedade sobre o tema. Exemplo de uma questão que se destacou neste sentido é a fornecida pelo Participante 29 que descreveu que “O trabalho pode ser considerado como causa necessária ao adoecimento, como fator contributivo ao adoecimento ou como desencadeador/agravador de um distúrbio latente”, tal fragmento advém da literatura científica da área, mais precisamente, é apresentada em Jacques (2007), texto que fora citado anteriormente na discussão sobre nexos causais.

Foi possível averiguar que as quatro teorias não abarcaram completamente todas as concepções dos participantes. O que pode evidenciar que embora seja expoente o número de teorias sobre SM e trabalho, ainda existem cotidianos e práticas a serem incorporados.

Os participantes foram indagados sobre a concordância com de algumas sentenças, e os resultados são: 94,6% (n=53) dos participantes concordam que o Nexo Causal entre trabalho e saúde mental é possível. Para autores como Sato e Bernardo (2005) e Cardoso (2015) a realização do nexo causal é de extrema importância para promover, sobretudo, a ação integral ao trabalhador. Desta maneira, deve ocorrer nos CEREST. Inclusive há um documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) que cita a necessidade de que esta prática seja realizada, porém, de maneira adequada, o que inclui o uso de instrumentos, por exemplo.

Também 94,6% dos participantes concordam que os trabalhadores reagem de maneiras distintas às condições do trabalho, concebendo que o mesmo contexto de trabalho pode adoecer psicologicamente um trabalhador e ao outro não.

Também 94,6% dos participantes assinalaram que determinados grupos de trabalhadores são mais atingidos por algumas doenças psicológicas do que outros. Para isto a área da Epidemiologia traz diversas contribuições, desta forma, embora na questão 22 nenhum dos participantes tenha descrito uma concepção semelhante à da visão da Epidemiologia da ST, na questão 23 foi possível perceber que muitos concordam com os achados da Epidemiologia.

Cerca de 92,9% (n=52) concordam que o trabalho possui estressores que afetam a ST Também 92,9% dos participantes afirmou que o trabalho interfere em questões da subjetividade do trabalhador.



Outra análise é que 89,3% (n=50) concordam que os trabalhadores adoecem psicologicamente devido a fatores organizacionais e sociais e 87,5% (n=49) assinalaram que as doenças psicológicas relacionadas ao trabalho são multicausais e seus determinantes devem ser conhecidos. Ainda nesta linha 80,4% (n=45) concordam que nem todo sofrimento no trabalho causa danos psicológicos ao trabalhador. Esta sentença baseia-se na definição que Dejours (1991) dá sobre os diferentes tipos de sofrimento, afirmando que o sofrimento que produz no trabalho formas de enfrentamento saudáveis é um tipo de sofrimento criativo

Sobre a relação entre trabalho, inconsciente e o meio social, 53,6% dos participantes corroboram desse pressuposto. Esta sentença possui ligação direta com a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. O número de respostas obtidas é superior ao número de participantes que declararam usar essencialmente a Psicanálise no embasamento de suas ações nos CEREST (30,4%). A partir disto, questiona-se o fato de mais participantes também acreditarem na instância do inconsciente mesmo estando alicerçados em outras teorias, que embora possam acreditar no inconsciente não o tomam com a mesmo peso.

A Ergologia embora seja uma teoria amplamente conhecida na academia não mostrou-se, ao menos nessa pesquisa, como de interferência na realidade dos profissionais que atuam com o tema SM e trabalho, pois, foi apenas um dos participantes que resumiu sua concepção próxima ao que a Ergologia preconiza.

Além, disso, 41,1% (n=23) dos participantes assinalaram que acreditam que os trabalhadores adoecem psicologicamente devido a fatores individuais. Isto possui vários pontos de discussão: um é o fato de que questões pessoais devem ser consideradas na relação trabalho-trabalhador, entretanto, e necessário um equilíbrio para não gerar responsabilização apenas do trabalhador. Junto a isso, chama-se atenção que oito participantes, o que representa 14,3% da amostra, acreditarem que é de responsabilidade do trabalhador lidar com questões e problemas psicológicos relacionados ao trabalho, questão que novamente localiza no sujeito (antes a gênese do adoecimento e agora a “cura” do adoecimento). Além disto, nenhum participante manifestou concordar que o trabalho interfere em SM mas que não causa psicopatologias, ou seja, existe entre os participantes a crença de que ao interferir em SM o trabalho necessariamente causa psicopatologias.

#### 4.4.3 Concepções sobre ações em Saúde Mental do Trabalhador

Na questão 17 fora indagado aos participantes suas compreensões sobre o que deve ser realizado em serviços de SM do trabalhador. A grande maioria (n=54) descreveu cinco atividades ou mais. Foi identificado que os participantes associaram suas prioridades com o que tem executado no cotidiano de seus serviços. As repostas estão expostas na Quadro 08 na próxima página:

<b>Ação que consideradas necessárias</b>	<b>Frequência de respostas</b>	<b>Exemplos de fragmentos relevantes</b>
Educação	20	“deve ser realizadas campanhas educativas” (P. 18)
Vigilância	17	“vigilância em saúde” (P. 05)
Nexo-causal	14	“Saliento a importância no estabelecimento do nexo causal” P. 05)
Notificação	13	“Notificação de agravos e de situações de risco à saúde dos trabalhadores” (p. 06)
Assistência	11	“assistência mais adequada a esse público” (P. 18)
Informação	10	“orientação e informação aos trabalhadores” (P. 32)
Atividades de promoção de saúde	10	“promoção de ações em TRMT” (P. 23)
Matriciamento	09	“Estamos desenvolvendo desde 2017, com a participação de profissionais da saúde mental ou trabalhadores da saúde com interesse no assunto, prioritariamente atuantes nos CAPS, USF, UBS e DRS, além do CRP e Universidades (...)” (P. 35)
		“Matriciamento na atenção básica” (P. 48)
		“Matriciamento em Saúde do Trabalhador junto à RAPS” (P. 19)
Grupos	09	“O grupo de vivências como resgate da auto estima” (P. 03)
		“Grupos de apoio” (P. 40)
Orientações	08	“Orientação às empresas quanto à importância da prevenção e tratamento da doença mental de seus colaboradores” (P. 14)
Encaminhamentos	07	“Encaminhamento dos casos de sofrimento psíquico no trabalho” (P. 41)
Capacitações e Formação	07	“Capacitamos a Rede da Atenção Básica, CAPS, Urgência e Emergência, Especialidades de todos os municípios de abrangência do CEREST (...) Um a um. O Objetivo que é todos os municípios recebam a cobertura do CEREST não somente para conhecer e divulgar a Rede de Atenção à saúde do Trabalhador, mas para estar preparado para realizar acolhimento com este trabalhador, reconhecer a sua necessidade caso seja preciso encaminhar para o CEREST” (P. 16)
		“Formação das equipes de saúde para reconhecimento” (P. 41)
Escuta	06	“Para mim essa é a principal atividade e tem surtido efeito positivo a curto e longo prazo” (P. 01)
		“A partir dela é possível gerar ações de notificação, investigação e tratamento de transtornos mentais e/ou sua suspeita em cada trabalhador assistido” (P. 10)
Palestras	06	“Palestras informativas e divulgadoras do tema “ (P. 14).
		“Palestras informativas e educativas relacionadas aos Transtornos Mentais como prevenção” (P. 55)
Articulação com outros serviços, psicólogos e controle social	06	“Articulação com a rede de saúde do município, em todos os níveis de atenção, para que prestem a assistência adequada, assim como prevenção de agravos” (P. 17).
Atividades psicoterápicas	04	“Psicoterapia Breve em casos de necessidade” (P. 27)
		“Atendimento psicoterápico (individual e grupo)” (P. 33)
Organização de eventos	03	“Promoção de eventos, seminários sobre a temática dos adoecimentos mentais/ assédio moral relacionados ao trabalho” (P. 19).
Acolhimento	03	
Elaboração de materiais e documentos	03	“Elaboração de relatórios com a descrição dos riscos da organização do trabalho entre eles os ergonômicos” (P. 51)
		“Elaborar e distribuir materiais educativos junto aos trabalhadores e empresas da região” (P. 19)
		“Elaborar informativos específicos quanto a temática” (P. 22)
Ações epidemiológicas	02	“projetos de identificação dos riscos da organização do trabalho em atividades de trabalho e em diferentes categorias profissionais” (P. 51)
		“estudo epidemiológico dos casos notificados de TMRT” (P. 19)

Quadro 9 - *Ranking* ações que psicólogos consideraram imprescindíveis em serviços de SM e trabalho  
Fonte: a autora (2019).

Conforme exposto no Quadro 99 a ação considerada como mais importante é referente à Educação, o que como visto anteriormente, abrange várias e diferentes questões;

Na sequência aparece a ação de Vigilância, no entanto, há uma diferença sobre onde e como os psicólogos consideram que deve acontecer: a participante 02 e a 03 assinalam que deve ocorrer nas empresas, a participante 19 assinala que deve ocorrer em ambientes de trabalho como um todo. É comum as ações de vigilância serem vistas como formas de prevenção à agravos, o que possui respaldo teórico conforme o CREPOP (2008). Além do mais, o Participante 52 aponta que a esfera psicológica muitas vezes não é analisada na vigilância e sugere que sejam inseridas análises sobre SM durante os processos de vigilância. A participante 17 descreve que “as vezes se valoriza muito a questão física e não mental, então, se valoriza mais aspectos mais práticos, mais pautáveis, por exemplo, se tem um acidente, é bem mais visível que uma doença mental”. Leão e Minayo-Gomez (2014) concordam com esta sentença e apontam direcionamentos que auxiliem a esta identificação desde a etapa de planejamento até a execução;

A discussão sobre nexos causal fora feita anteriormente e nesta seção evidencia-se o quanto os psicólogos observam esta prática como inerente à SM do trabalhador. O participante 40 destaca que é necessário o “levantamento do histórico ocupacional das atividades de trabalho com risco para compor o estabelecimento do nexo ocupacional” e mostra assim o quanto essa atividade é complexa e não necessariamente reducionista.

A atividade de notificação além de ser feita por parte expressiva dos participantes (82,1%) é também apontada como fundamental para a área de SM do trabalhador. A assistência é um dos princípios e diretrizes do SUS e por consequência da RENAST e também foi significativa para os psicólogos do estudo de Keppler (2015). A informação foi vista como necessária às ações de SM em ST para 10 participantes, tanto em termos dos serviços de ST levar informações aos protagonistas da rede como também confeccionar formalmente materiais. Também foi considerada importante a realização de promoção de saúde, que é, inclusive, um dos objetivos da RENAST e especificamente da CEREST (CARDOSO, 2015).

A legislação (BRASIL, 2012) aponta que o Matriciamento é fundamental para a RENAST e deve ser executado pelo CEREST, segundo Cardoso (2015) uma das possibilidades é essa atividade ocorrer na atenção básica, questão também exposta pela participante 48. Por meio do Matriciamento pode ser possível transcender às dificuldades da rede não compreender a influência do trabalho sobre a ST. Também a partir desta atividade se pode atingir o atendimento integral, de fato, do trabalhador pelo SUS.

09 participantes relataram a importância da realização de Grupos, o que possui compatibilidade com as premissas do SUS, sobretudo, as expostas pelos participantes: grupos de apoio e focados em temas relevantes. Também é papel do CEREST e também fora destacado pelos participantes as atividades de Orientações ao trabalhador (NEVES, 2013). A necessidade de realizar encaminhamentos foi apontada por sete participantes (e lembrando: é executada por 87,5% deles), essa ação é fundamental para promover ao CEREST o caráter de descentralizador e irradiador;

A necessidade de Articulação com outros serviços e psicólogos (n=7) teve sua explicação apontada pelo participante 38 e é fundamental, pois o CEREST faz parte de uma rede, o que impõe a

necessidade de comunicação e articulação em suas partes. A escuta é realizada de maneira significativa pelos participantes e apontada por seis deles como importante em ST, sobretudo, para ter dimensão de situações que estão acontecendo em questões do trabalho;

As Palestras foram vistas como fundamentais por seis participantes e estão no grande grupo referente à ações educativas. Dois participantes (18 e 55) lembraram que o principal objetivo do CEREST é desenvolver ações preventivas, desta forma, as ações educativas são essenciais e podem ocorrer por meio de ações como palestras; Além de ser presente nas ações dos psicólogos, as atividades psicoterápicas são apontadas por três deles como inerentes à ST, o que já fora refutado por este texto anteriormente.

De prevalência menor que três são as ações de: organização de eventos, acolhimento, elaboração de materiais e documentos, ações epidemiológicas, retorno das notificações, pesquisa, avaliação diagnóstica e criação do Disque Denúncia de Assédio Moral.

#### 4.4.4 Habilidades consideradas necessárias

As habilidades apontadas pelos participantes como necessárias para atuação como psicólogo em CEREST são as mais variadas, desde a importância de realizar parcerias, ter criatividade, maleabilidade no sentido de “jogo de cintura”, e diálogo com outros profissionais e serviços.

Uma habilidade apontada por quatro dos participantes entrevistados é a necessidade de possuir uma visão ampla tanto sobre o trabalho e sua interferência na SM do trabalhador como sobre saúde como afirma o Participante 09, sobre a “integralidade da atenção e dos fatores condicionantes e determinantes da saúde”. Também foi prevalectante a concepção sobre importância de habilidades de comunicação para realizar trabalho interdisciplinar e também habilidade de articulação com rede, como explica a participante 17 “a SM envolve muitas outras instâncias, então a gente tem que estar atento da importância do trabalho de rede, ter a capacidade de articulação pra discutir e planejar em relação a este tema junto com outras instâncias, com toda rede de verdade de sm”.

Outras habilidades vistas como fundamentais pela maior parte dos participantes entrevistados refere-se ao respaldo teórico e técnico por meio de estudos e formação e necessidade da escuta em ações de SM.

#### 4.4.5 Concepções sobre RENAST

Os participantes foram convidados a falarem sobre qual é o papel da RENAST a partir de suas óticas. Os resultados estão expostos no Quadro 10, exibido na próxima página, seguindo as principais categorias encontradas:

Nº	Categoria	Subcategoria	Fi	Exemplos de fragmentos
01	Articulação	Compreensão sobre articulação e conexão em diferentes instâncias	12	“Articulação com controle social” (P. 04)
				“Articular e fortalecer a rede de saúde do trabalhador” (P. 17)
				Articular com Ministério da Saúde, as Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios” (P. 37)
02	Vigilância	Citar o termo vigilância	10	“Ações de vigilância em ST” (P. 30)
03	Ações de Prevenção	Falar sobre relevância da prevenção	10	“Definir e ampliar ações e estratégias de prevenção” (P. 43)
04	Garantia e execução de ações em ST e da PNST	Desenvolver ações de ST	09	“Na tentativa de garantia as ações em saúde dos trabalhadores” (P. 37)
				“Implantar e implementar a PNST” (P. 08)
05	Ações de Promoção		09	“Um órgão responsável dentro do SUS para garantir a saúde do trabalhador” (P. 01)
06	Amparo/Assistência ao trabalhador		09	“A Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador tem por função amparar esse trabalhador que esta adoecido ou acidentado em decorrência do trabalho que executa” (P. 22)
07	Integração	Integrar a rede	08	“Objetiva integrar a rede com ações de vigilância e assistência à saúde do trabalhador da atenção básica a de maior complexidade” (P. 06)
08	Fortalecimento e estruturação	Fortalecer a ST	06	“Por ser uma rede, deve fortalecer seus serviços de referência em saúde do trabalhador, os Cerest, tecnicamente e até fisicamente e com mais profissionais para que estes possam exercer suas funções de referência técnica para a rede de seu estado ou região” (P. 43)
				“fortalecendo a PNSTT” 36
09	Disseminação	Divulgação das ações de ST	04	“É responsável por disseminar ações voltadas à Saúde do Trabalhador” (P. 19)
				“Implementar e disseminar ações de promoção, prevenção, vigilância, assistência a saúde do trabalhador” (P. 21)
10	Suporte técnico	Suporte técnico	02	“Dar suporte técnico para a Rede de Saúde” (P. 08)

Quadro 10 - Concepções sobre responsabilidade da RENAST  
Fonte: a autora (2019)

Além das questões vistas no quadro 10, alguns objetivos apareceram isoladamente, sendo eles: Planejamento (n=1), Estabelecimento de Nexos Causais (n=1) que, no entanto, nas seções 4.1.4 e 4.4.3 foi citado como uma das principais atividades, Educação (n=1), Notificação (n=1), Função estratégica (n=1), Recuperação de Saúde e também, o que é questionável uma vez que embora o SUS preconize isto (BRASIL, 1990) as ações de prevenção e promoção são proeminências na RENAST, além de melhoria de condições de trabalho (n=1) a elaboração de protocolos e guias (n=1), o que é uma necessidade da RENAST, conforme visto anteriormente.

Também foi verificado o nível de concordância entre os participantes sobre algumas sentenças relativas à RENAST. Nesta ocasião 78,6% (n=44) afirmam que a RENAST necessita atuar em promoção, prevenção e recuperação da ST, assim como é preconizado pelo SUS. Já 76,8 (n=43) afirmam que a RENAST deve desenvolver ações em ST, enquanto os outros 13 participantes não assinalaram essa

questão, o que coloca em voga como eles tem percebido a necessidade e caráter de suas próprias atuações. Apenas 25 (n=14) afirmam que atualmente a RENAST realiza o que é previsto nas leis e normativas, o que demonstra que a insatisfação com as características atuais da RENAST é marcante (n=42).

Esta seção mostra que até a percepção dos psicólogos sobre a RENAST é distinta, além de suas ações, no entanto, as respostas com maior frequência convergem para as mesmas ações que são mais realizadas por psicólogos em CEREST, isto demonstra certa coerência entre o que é mais realizado no serviço por esses profissionais e sobre como veem o serviço.

#### 4.4.6 Concepções sobre facilidades e dificuldades da RENAST

Na ocasião da entrevista foi indagado aos sete participantes sobre as facilidades e dificuldades observadas na RENAST, e seguem os principais resultados encontrados:

- Dificuldades: a principal é o fato dos profissionais do SUS não possuírem a concepção sobre a influência do trabalho em processos de saúde (n=3), além de falta de compreensão sobre o que significa ser e atuar em rede e falta de protocolos, definições e normas regulamentadoras; escassez de profissionais, grande demanda em SM, subnotificação (o participante 01 assinala que: realizar a notificação “um tanto chato, reconheço, mas necessário que se faça), dificuldade de realizar nexos-causais, falta de capacitação para os profissionais (mesmo sendo prevista pela Lei 8080 (BRASIL – 1990). A participante 17 assinalou que SM do trabalhador, de maneira geral “é uma dificuldade, e um desafio trabalhar nessa área, porque não é muito palpável, né”. Também foram apontadas dificuldades envolvidas com os próprios usuários: “porque o trabalhador resiste mais em procurar auxílio e também talvez até a falta de valorização de SM do trabalhador” (Participante 17);
- Facilidades: apresentadas em um número menor, foram: integração com a rede, trabalho estruturado, quantidade de materiais teóricos a respeito, volume de trabalho que segundo a participante 17 faz com que seja necessário o psicólogo escolher sobre qual ação é mais urgente para priorizar.

#### 4.4.7 Concepções sobre o futuro da RENAST

Neste item pretendeu-se analisar qual a perspectiva dos respondentes em relação às ações futuras da instituição e do andamento da mesma, levando em consideração a atual realidade dos entrevistados. Os psicólogos também foram solicitados a responder sobre como imaginam o futuro da RENAST. Os fragmentos da entrevista estão dispostos no Quadro 11, exposto a partir da próxima página.

Nº	Categoria	Crítérios para inclusão <sup>11</sup>	Fi	Exemplos de fragmentos
01	Pessimismo	Concepção de que existirá perdas e/ou retrocesso na RENAST e nos fatores que a envolvem	16	“O trabalho como um todo, cada vez mais sucumbindo ao capital e por consequência uma sociedade extremamente frágil e doente“ (P. 06)
				“Cada vez mais necessária, no entanto, cada vez mais difícil” (P. 07)
				“Como toda a atenção à saúde do trabalhador (...) correndo alto risco de extinção e desconstituição” (P. 07)
				“No Brasil esta área permanece com atuações bem tímidas e limitadas. Penso que continuará desta forma” (P. 11)
				“A demanda aumentará significativamente e precisamos lutar agora para garantir direitos ao mínimo de assistência possível, considerando os direitos que os cidadãos brasileiros vem perdendo” (P. 17)
				“Obscura, lenta e gradual” (P. 26)
				“penso que em função do número reduzido de trabalhadores na área, o futuro é um pouco incerto” (P. 13)
02	Necessidades de melhorias e investimentos	Associado à necessidade de melhorias, investimento e amplificação	16	“Precisando melhorar muito” (P. 55)
				“É necessário investimentos em políticas públicas de saúde mental do trabalhador” (P. 25)
				“Que tenhamos mais serviços com mais profissionais” (P. 50)
				“Precisamos de mais investimentos governamentais” (P. 16)
03	Atreloadas às transformações e precarização do trabalho	Mundo do trabalho e suas alterações como promotor de mudanças na RENAST	13	“possibilidades de intensificar a precarização que algumas propostas ou recusas de quem possui determinado poder podem alcançar” (P. 10)
				“Perdendo espaço, assim como o trabalho digno” (P. 52)
				“Imagino que serão criados novos paradigmas em relação ao trabalho e consequentemente uma nova subjetividade do trabalhador como resultado da necessidade de adaptar-se” (P. 34)
04	Manutenção do que já existe e “luta”	Relacionadas à desmonte	9	“espero que todas as conquistas sejam mantidas e até ampliada” (P. 02)
				“Porém, é importante como militantes da causa de saúde mental, lutar para que todos tenham uma assistência digna, inclusive aqueles que adoecem devido ao trabalho” (P. 30)
05	Atreloado à política e visão negativa	Citar desafios, impasses e dificuldades de âmbito político e/ou partidário	7	“Muito pessimista devido ao atual momento político” (P. 01)
				“Espero que Lula retome esse país para que possamos voltar a ter um país de todos, com dignidade e justiça social!” (P. 39)
				“Temos tido muitas perdas em termos políticos no SUS de forma geral” (P. 24)
				“Tá difícil na atual conjuntura política” (P. 54)
				“com muitos desafios diante do atual cenário sócio, político econômico” (Participante 05)
06	Reforma Trabalhista	Apontar a Reforma trabalhista como promotora de transformações e/ou dificuldades	5	“Após a reforma trabalhista que gerou perdas aos trabalhadores e aumentou a precarização do trabalho esta área foi ainda mais atingida” (P. 04)
				“As mudanças na legislação trabalhista, em que diminui-se drasticamente os fatores de proteção ao trabalhador” (P. 34)
				“Acredito que o cenário atual (e futuro) deve contribuir significativamente, de forma negativa, para o agravamento das questões de saúde mental e trabalho, considerando as reformas trabalhistas e previdenciárias” (P. 36)
	Reconhecimento dos profissionais	Necessidade de maior valorização dos	05	“Com o reconhecimento do trabalho por parte dos profissionais que trabalham na área de saúde mental” (P. 32)
“Com muita necessidade de reconhecimento e valorização”				

<sup>11</sup> Nesta seção o critério de exclusão foi o participante citar uma opinião que remetesse direta ou indiretamente à atuação do psicólogo especificamente, pois fora verificado alguns relatos especificamente sobre a ação dos psicólogos na RENAST, o que compõe outra pergunta e outro ponto da discussão.

07	e da RENAST	profissionais que compõem a rede		(P. 37) “Espero que seja mais reconhecida, colocado melhor para a população, pois muitos ainda resistem em procurar ajuda e os que procuram não conseguem atendimento na rede” (P. 50)
08	Otimista	Remetendo ao crescimento e importância	4	“Em grande crescimento e respeitabilidade” (Participante 03) “Promissor” (P. 27) “Estamos ganhando cada vez mais espaço, principalmente com a atuação em Vigilâncias aos ambientes e processos de trabalho e na articulação com órgãos como o MPT” (P. 28)
09	Necessidade de ações preventivas e/ou de promoção	Para trazer melhorias	4	“Tende a crescer caso não haja trabalhos preventivos as pessoas estão cada vez mais sendo medicamentadas aos invés de buscar a conhecer o problema. Escutar e prevenir” (P. 12) “Visualizo os serviços inflando de trabalhadores com transtornos mentais em decorrência do trabalho, já que os adoecimentos estão aumentando e as ações preventivas e de promoção de saúde são insuficientes.” (P. 09)
10	Necessidade de e novas leis	Apontamentos sobre construção e mudanças na legislação da área	03	“Acredito que com a divulgação e novas legislações” (P. 19) “Precisamos lutar e sermos firmes dentro do que já alcançamos” (P. 48)
11	Profissionais	Necessidade de mais profissionais e qualificação	03	“Necessitamos de muita qualificação” (P. 16) “Para que os profissionais estejam cada dia mais capacitados dentro da rede” (P. 16)
12	Mudanças	Apontamos sobre mudanças concretas que precisam ser feitas	1	“Espero que sejam desenvolvidos cada vez mais estudos na área e que sejam divulgados; que as empresas tenham maior consciência sobre os aspectos que interferem na saúde mental de seus trabalhadores; que os trabalhadores sejam mais conscientes sobre seu estado emocional, sobre o que o influencia negativamente e sobre os recursos para enfrentamento” (P. 14)

Quadro 11 - Concepções sobre o futuro da RENAST  
Fonte: a autora (2019)

Avaliar concepções futuras envolve diversos fatores complexos e incertos. Por outro lado, a percepção dos entrevistados reflete fidedignamente o andamento e os futuros caminhos para a instituição. Dentre as respostas, chama-se atenção para o quadrante que envolve o retrocesso ou pontos negativos, pois foi a maior taxa de frequência, expondo um ponto delicado em relação a temática, já que grande parte dos entrevistados veem com olhar sobremaneira pessimista as ações futuras da RENAST. Infelizmente uma parte considerável da amostra expressou um teor de descontentamento com a realidade da rede, afirmando que a RENAST ainda tem muito a avançar, e/ou citou pessimismo em termos dos próximos anos, sendo que alguns afirmaram que acreditam até em sua extinção. Além disto, ver um número expressivo de respostas de cunho pessimistas é alarmante, pois os participantes falam de uma realidade que conhecem. Soma-se ao olhar pessimista, e inclusive em igual expressão (n=16), os apontamentos sobre melhorias e investimentos, tais questões interferem diretamente no formato da rede na atualidade.

Também são questões relacionadas aos profissionais da rede: falta de qualificação e valorização, além do número inferior de profissionais. Também é possível perceber o quanto as ações da ST não são consolidadas e sim dependem de decisões políticas, tal qual é exposto por opiniões de profissionais que



demonstram seu receio atrelada à política (o termo “luta” também remete a isso), se percebe que ST e a RENAST estão atreladas à política no país.

Questão de grande frequência são as transformações no mundo do trabalho que são vistas como negativas, tais como precarização e reformas trabalhistas. Ambas influenciando negativamente a RENAST e exigindo que ela se adeque às demandas que este cenário cria, uma vez que a RENAST atende trabalhadores que estão inseridos em tal rede de transformações econômicas, políticas e sociais.

O número de leis e afins é alto (DIAS, 2010), no entanto, como já discutido também anteriormente, parece ser suficiente pois abrange diversas questões e também se questiona o quanto isto se efetiva na prática. O participante 18 exprime o sentimento de vários dos respondentes em relação ao tópico: “Há muito o que avançar”.

Alguns participantes pertencentes a categoria 09 e 12 expressaram a necessidade da rede promover mudanças, como mais trabalhos de promoção e prevenção para evitar um cenário desolador e também o trabalho de conscientização dos trabalhadores junto com a divulgação dessas questões por meio de pesquisas.

Apenas quatro participantes manifestaram opiniões de cunho mais otimista, destacando que a rede tem muito a crescer e é de fato importante à realidade brasileira.

#### 4.4.8 Concepções sobre o futuro da SM do trabalhador

Os participantes também foram indagados, especificamente, sobre quais anseios e desejos possuem em relação à questão da SM do trabalhador. Os resultados foram bem diversificados e os principais estão expostos no Quadro 12.

Nº	Categoria	Crítérios para inclusão	F <sub>i</sub>	Exemplos de fragmentos
01	Entendimento do impacto do trabalho	Necessidade que haja entendimento sobre o que o trabalho gera (tanto das equipes do SUS como da sociedade em geral)	08	<p>“Dar maior visibilidade a relação saúde e trabalho, sensibilizando os profissionais de saúde para o "olhar" sobre o trabalho, independente da área de atuação” (P. 37)</p> <p>“Maior entendimento por parte dos profissionais da saúde sobre a interferência do trabalho no adoecimento mental” (P.48)</p>
02	Necessidade de capacitação e aumento no número de profissionais	Necessidade de mais conhecimento e capacidade de lidar com demandas	06	“Sim, falta de conhecimento adequado sobre todas as questões envolvidas” (P. 27).
03	Valorização	Ser mais valorizada/priorizada	04	<p>“Também, que os municípios realmente assumam a Política de Saúde do Trabalhador como importante e desenvolvam ações no seu território” (P. 10)</p> <p>“Gostaria que a saúde mental do trabalhador fosse mais valorizada pelo poder público” (P.12)</p>
04	Ações de Prevenção e Promoção	Importância de antecipação dos problemas de SM e	2	“Prevenir agravos relacionados e promover a saúde desses trabalhadores” (P.18)

		trabalho		
05	Necessidade mais instrumentos	SM e trabalho como área de baixa produção de materiais	2	“Dificuldade diagnóstica pela falta de instrumentos” (P. 50)
06	Necessidade de investimento	Necessidade de investimento financeiro	2	“Investir mais em todos os sentidos” (P. 01).
07	Promover mais acesso à SM no SUS	Necessidade de acesso aos serviços de SM (CAPS, psicoterapia, psiquiatria, entre outros)	2	“Facilitar o acesso dos trabalhadores e trabalhadoras a rede de saúde mental” (P. 6).
				Anseio um maior reconhecimento do sofrimento psíquico do trabalhador relacionado ao trabalho, porque vemos que isso é muitas vezes negligenciado” (P. 22)
08	Melhorias das condições de trabalho na sociedade	Melhorias nas questões de trabalho como preventivas	02	“um desejo comum fosse o de atenuar o grande conflito entre capital e trabalho” (P. 11)
09	Ações de vigilância e matriciamento	Vigilância e matriciamento como benéficas à área de SM	02	“matriciamento em saúde mental e trabalho” (P. 48)
10	Menos preconceito em relação à SM como um todo	Apontamentos sobre necessidade de maior compreensão e menos preconceito em Sm e trabalho	01	“Que exista menos preconceito com os trabalhadores portadores de transtornos mentais, visto que esses por muitas vezes (até menos por pessoas que tem conhecimento sobre o fato) agem de forma preconceituosa” (P. 17)

Quadro 12 - Concepções sobre a SM do trabalhador

Fonte: a autora (2019).

É perceptível que, alinhado com o que foi dito anteriormente no Quadro 11, as respostas do Quadro 12 expõem um cenário que demanda principalmente o maior reconhecimento dos impactos do trabalho na vida humana, tanto para a sociedade em geral e até mesmo para profissionais do SUS. Se faz fundamental, deste modo, a valorização e a priorização no olhar ao trabalho e também mais capacitação para lidar com questões novas que possam surgir dentre outros anseios. Além disto, a própria lei que institui o SUS (BRASIL, 1990) expõe a influência do trabalho nos processos de saúde.

Além disto, a portaria 2.437 (BRASIL, 2005) destaca que é preciso incluir a ST no SUS, sobretudo, na atenção básica. Esta portaria de cunho normativo possui abrangência nacional e foi construída pelo Ministério da Saúde. Além disto, a normativa dispõe, de maneira geral, sobre a ampliação e fortalecimento da RENAST, sendo fundamental para a área pois trouxe diversas mudanças desde que foi publicada. Nota-se então que há um desejo de que o trabalho seja visto sob um prisma mais completo para que se de maior atenção à SM dos trabalhadores. Conforme exposto no trecho da entrevista:

Anseio que as empresas tenham maior consciência sobre a importância da prevenção e promoção da saúde mental de seus funcionários e que os trabalhadores tenham maior conhecimento sobre o tema, a fim de perceberem como estão sendo afetados e quais recursos têm a disposição para enfrentar as dificuldades e incômodos psíquicos no trabalho (Participante 14).

É importante que se tenha uma rede de cuidado com o trabalhador de forma articulada, um serviço de atendimento integral para que assim os trabalhadores possam gozar de suas atividades laborais de forma completa e produtiva levando em consideração fatores de prevenção e cuidado de sua SM. Para

isto é importante possibilitar a este indivíduo o acesso aos serviços do SUS capacitados para lidar com tal demanda conforme o que a lei 8080 (BRASIL, 1990) preconiza.

De formas paralelas, é importante criar movimentos que diminuam o preconceito em relação ao tema SM. Ao promover ações de promoção como busca de um ambiente saudável ao trabalhador em conjunto com salários justos, jornadas de trabalho equivalentes e menor grau de intolerância, junto com ações de prevenção como exposto na categoria 04, poderá haver um quadro mais otimista em relação ao futuro das questões de trabalho em âmbito da SM.

Junto a este cenário, evidencia-se a necessária capacitação dos que trabalham com este tema bem como aumento de pessoal para atender às demandas, bem como a valorização dos mesmos profissionais. E também outras questões que auxiliem na melhora deste cenário, tais como mais instrumentos e investimentos na área, além de enfoque em ações como matriciamento.

Quando se mostra uma visão de futuro pessimista, logo, supostamente os respondentes esperam melhoras para que a SM ligada ao RENAST perpassa os momentos de dificuldade presente e futura pautado em anseios básicos relacionados às prioridades expostas pelo Quadro 12 - Concepções sobre a SM do trabalhador

#### 4.4.9 Concepções sobre CEREST

48,2% (N=27) assinalaram que os CEREST devem ser a porta de entrada da RENAST e 25 (n=14) afirmam que CEREST deve apenas realizar suporte técnico, que são atividades diferentes uma da outra e ambas previstas pelas legislações da área. O CEREST deve permitir ao trabalhador entrada ao sistema e propicia o início de um trabalho de integralidade ao trabalhador (CARDOSO, 2015). Seguem os objetivos da CEREST conforme os entrevistados:

Produzir estudos pela vigilância (n=4); orientar, fortalecer o trabalhador e ser referência para este (n=4); ser suporte e apoio técnico para/na a RENAST (n=3); modificar ambientes de trabalho por meio da discussão sobre trabalho (n=2); disseminar a PNST e a centralidade do trabalho (n=1); Prevenção (único e exclusivamente) (n=1); realização promoção de saúde (n=1), realizar prevenção (porém, não exclusivamente) (n=1), realizar recuperação (n=1), estar articulado com outros serviços (n=1).

As atividades descritas pelos entrevistados possuem respaldo teórico, com exceção a de realizar recuperação de saúde, cuja informação não é encontrada na legislação da área. O participante 01 descreve que o serviço que atua prioriza ser referência e cita Levinas para descrever que “o outro depende de nós, do que podemos oferecer e somos responsáveis também pelo seu adoecimento porque chegamos tarde demais para acolher, no sentido do trabalho preventivo ao adoecimento”.

Visando conhecer mais especificidades dos CEREST pelo país os entrevistados foram questionados especificamente sobre os CEREST que atuam e apontaram:

- Aspectos positivos: relacionados à equipe como equipe ser experiente (n=2), comprometida, capacitada e trabalhar interdisciplinarmente, relacionados às condições de trabalho: ter

autonomia, estabilidade devido a alguns serem concursados e tempo para realizar atividades (exceção aos dados encontrados de sobrecarga de trabalho dos psicólogos); entre outros pontos positivos como: possuir parcerias com outros serviços (n=2); reuniões da rede que permitem articular melhor os serviços; há acolhimento e compreensão com o usuário (isso permite, por exemplo, que o usuário comente porque não utiliza equipamento de proteção individual – EPI) em seu trabalho e possuir autonomia no trabalho;

- Aspectos negativos: não realizar assistência jurídica (porém, essa atividade não foi definida pelos demais participantes como obrigação do CEREST); não ter controle e administração sobre o dinheiro do financiamento, como expõe a participante 17: “as vezes queremos realizar atividades e não podemos porque não gerenciamos o dinheiro”; além de condições inadequadas das instalações.

As concepções e intervenções mostram-se heterogêneas e revelam características de uma profissão e também de um serviço de política pública de saúde. Nem sempre coerentes, as concepções e intervenções encontradas, são, sobretudo, passíveis de questionamentos e análises.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio desta dissertação foi possível: identificar quantos CEREST de fato estão ativos atualmente, conhecer as principais ações de psicólogos que atuam em CEREST no Brasil, bem como os impasses e dificuldades predominantes da atuação em ST, acessar as concepções dos psicólogos sobre Saúde, ST, SM e trabalho, RENAST e CEREST, além de saber sobre quais vieses teóricos e legislativos balizam as concepções e ações em SM e trabalho. O estudo pode, assim, auxiliar na compreensão das ações e concepções de psicólogos em uma área bastante prioritária, recente e atravessada por diversas questões e conhecimentos.

As contribuições desse estudo foram, sobretudo, sistematizar e demonstrar as principais concepções que os psicólogos de CEREST possuem sobre os temas que trabalham no cotidiano, além de compreender as características da atuação deste profissional neste espaço. As descobertas aqui descritas evidenciam que o objetivo geral pode ser atingido.

Considerando os objetivos desta pesquisa e por ser em diferentes âmbitos, as descobertas deste estudo estão apresentadas subdivididas:

A RENAST é vista como um campo normatizado por muitas legislações, o que torna possível a concretização de ações em ST, no entanto, é perpassada por diferentes questões de formação e ideologias dos profissionais que a compõem (DIAS; HOEFEL, 2005), diferentes vieses político-partidários e também impossibilidades financeiras, questões que repercutem nas possibilidades de ações dos profissionais que a compõem. Além disto, as alterações das regras trabalhistas, a própria proposta da Reforma Trabalhista, entre outros movimentos e processos que foram, inclusive, largamente citados pelos participantes, influenciam diretamente nas ações e direcionamentos que a gestão da rede possui cotidianamente.

O estudo evidenciou que a ST se faz em toda a RENAST e não apenas em CEREST, no entanto, muitos serviços da rede não estão preparados para entender a relação do trabalho com a saúde e menos ainda para lidar de maneira satisfatória sobre essa relação, isto também fragiliza a articulação buscada. Em síntese, a RENAST possui percalços, como os citados pelos participantes desse estudo, porém, possui também diversas conquistas na área de efetivação da atenção integral à ST, uma delas é o próprio fato de ao buscar se fortalecer demonstrar que existe um movimento que busca melhorias e isso é bastante positivo. A generalização de compreensão da influência do trabalho na saúde do indivíduo é um desafio a ser implantado como compreensão básica em ST.

As opiniões sobre a RENAST trazem a tona diferentes questionamentos, um é sobre o real papel e a contribuição da Rede, uma vez que os seus próprios protagonistas, psicólogos que atuam cotidianamente nos CEREST que é o seu principal serviço, possuem uma visão ora de descrença, ora de negatividade quanto ao futuro da mesma.

O CEREST não era preocupação sumária deste estudo, mesmo porque há diversas pesquisas nacionais que analisam estes Centros, como fora apresentado no Referencial Teórico deste estudo. No entanto, entender como a rede de CEREST se dispõe e é composta no país revelam onde, por que e como

estão os psicólogos neste serviço, uma vez que esses profissionais estão presente nesses serviços. Também foi possível perceber que a distinção entre os CEREST vai muito além de ser estadual, regional ou municipal, mas inclui também as influências locais como política, cultura e economia. Estas distinções são positivas por compreenderem e se adaptarem às características locais de onde o CEREST está situado e também características negativas, pois geram falta de uniformização do serviço. Não fica explicado nas respostas obtidas se o CEREST tem sido de fato um polo irradiador ou “concentrador”, uma vez que vários psicólogos realizam ações de recuperação, o que impede o encaminhamento e ciculação deste trabalhador por outros serviços de corresponsabilidade. Também são poucos os CEREST que subdividem suas especialidades, mas, os que o fazem apontam que são várias as vantagens. A partir deste estudo pode-se também saber mais sobre as características do CEREST que estão perpassadas pela RENAST.

Além disto, a visão sobre os CEREST mostrou-se bastante diferenciada, evidenciando o quanto cada CEREST possui características, e, por consequência, atuações distintas. Essas distinções possuem um caráter positivo pois em um país com enormes diferenças culturais, populacionais, sociais, econômicas e políticas é importante que serviços de saúde possam se adequar à realidade onde estão e assim promover um trabalho adequado à população que lhes compete atender.

Sobre a atuação, são poucos os psicólogos que balizam suas intervenções em conhecimentos da área de ST, no entanto, a maioria se utiliza de abordagens psicológicas. Em geral, não há conhecimento aprofundado sobre SUS e RENAST. Percebeu-se que o número baixo de produções e materiais como protocolos e guias influencia nesta questão. Por este motivo aponta-se para a importância da construção de mais orientações e respaldos para ações em SM do trabalhador. O aumento de número de materiais, relatórios e orientações relaciona-se com a necessidade de realização de VISAT e registros que possam embasar a criação de tais materiais.

As atividades mais realizadas pelos psicólogos neste espaço são as mesmas que caracterizam os CEREST, o que demonstra a importância deste profissional para a instituição. Certamente esta é uma descoberta desta pesquisa, porém, estas atividades não são exclusivas deste profissional. As exclusivas são as realizadas em menor proporção como psicoterapia e “escuta qualificada”. A falta de identidade profissional pode ser um risco psicossocial que proporcione ambiguidade de papéis, porém, não é o único identificado no estudo: há também a carga excessiva de trabalho citada por alguns participantes e as duplas jornadas de trabalho que podem conflitar com outros âmbitos da vida do profissional, além do laboral. Foram verificadas, também, algumas respostas de más condições de trabalho dos psicólogos em CEREST como exemplo o acúmulo de responsabilidades e a não dedicação exclusiva ao serviço. Essas questões evidenciam que o CEREST, responsável pela atenção integral da saúde de indivíduos que trabalham, possui em seu próprio espaço físico questões que prejudicam quem atua na saúde e SM do outro, o que evidencia outra contradição vista com a pesquisa.

Constatou-se a necessidade de maior definição de quais atividades pertencem ao psicólogo neste espaço. A atuação dos psicólogos em CEREST necessita tornar-se mais sólida a estruturada e isso é possivelmente atingível, entre outras ações – inclusive institucionais, quando a grade curricular dos cursos

de graduação abranger tais assuntos e discutir e ensinar de maneira mais aprofundada sobre as ações do psicólogo em ST como um todo, em termos de técnicas principalmente, e não vislumbre tem muita informação na frase e ficou confuso. tal questão apenas pela ótica da tradicional Psicologia Organizacional aplicável à empresas.

Desta maneira, é urgente que o tema seja incorporado às grades curriculares dos cursos de maneira mais exaustiva e assim possa promover maior respaldo teórico e sobretudo técnico para os profissionais trabalharem com esta demanda (SM na ST) que é exposta e configura-se como um campo de trabalho. Este é, na realidade, um dos principais resultados com a realização deste estudo: se faz fundamental que os temas pertinentes à Saúde Psicológica do Trabalhador, sobretudo em uma perspectiva de saúde coletiva, seja incorporado na própria formação dos alunos para assim balizar a todos profissionais que se formam na área da Psicologia. Como constatado, quando não há essa formação generalizada o entendimento sobre o tema fica inexistente ou a cargo de cada profissional, que entre escolhas, prioridades e possibilidades idiossincráticas, obtém ou não o conhecimento necessário. Enquanto não houver um conhecimento e aprofundamento teórico haverá enormes distinções entre as formas de atuação de psicólogos nesta área de SM do trabalhador.

Além disto, as atividades executadas são predominantemente individuais, o que traz implicações para o serviço e que revela uma face da Psicologia. O número expressivo de psicólogos que realiza psicoterapia num espaço coletivo e de política pública demonstra o quanto ainda a Psicologia precisa avançar em termos de utilização de outros métodos de trabalho, além disto, a Psicoterapia é uma atividade de recuperação de saúde, então, é contrassenso a maioria dizer que realiza prevenção. Além de que, recuperação não é uma área predominante no CEREST e isto deve ocorrer em outros serviços do SUS.

Em síntese, a presença dos psicólogos revela-se como importantes nesses Centros, pois a atuação deste profissional é vista por diversos órgãos, legislações e estudos como necessária para a ST, prioritariamente porque este profissional desenvolve ações de SM. É necessária uma incorporação sólida dos profissionais da Psicologia em políticas públicas de ST. No entanto, é pertinente a discussão sobre como os benefícios e formatos das atuais práticas realizadas. Indagasse se a maioria dos psicólogos conseguiu apreender a singularidade de atuar em ST, no que tange a SM, ou se reproduz o que é de ordem generalista e inespecífica. É fundamental uma incorporação do próprio tema SM, uma vez que há diversidade e amplitude de legislações na área,.

Sobre as concepções dos psicólogos: a maioria compreende a saúde como completo bem-estar e em uma perspectiva ampla, próximo ao modelo da OMS, no entanto, nem todos associam o trabalho como fator que interfere em saúde. As concepções sobre SM e trabalho evidenciam que embora existam diversas teorias a respeito, a quantidade existente ainda não contempla integralmente as concepções de SM e trabalho. Também foi encontrada uma certa incompatibilidade com a teoria mais utilizada pelos participantes (Psicanálise) e uma das atividades mais realizadas por eles (Processos avaliativos, como estabelecimento de Nexos Causais), uma vez que a Psicanálise não é apontada como uma epistemologia e técnicas predominantemente avaliativas. O fato de vários participantes compreenderem a SM como

responsabilidade do trabalhador também é preocupante e os distancia dos princípios do SUS, que entende a saúde como multifatorial. Foi percebido que, de forma geral, o cotidiano é o que baliza as ações e concepções dos profissionais e não teorias e/ou conceitos, especialmente quanto a saúde coletiva.

Algumas das dificuldades encontradas na realização do estudo foram o difícil acesso aos psicólogos dos CEREST, pelos seguintes motivos: muitos contatos disponíveis no site da RENAST não são atualizados, muitas vezes quem acessa o e-mail institucional não é o psicólogo, o que exige um repasse que nem sempre foi concretizado, como evidenciado na discussão muitos psicólogos não realizam suas ações exclusivamente nos CEREST e isso dificultou o contato e acesso a eles. Uma das limitações do texto é o fato de não ter realizado contato presencial com os CEREST.

Em síntese, concepções e ações dos profissionais são bastante similares entre a categoria, no entanto, possuem contradições entre suas relações. Por fim, destaca-se a importância de estudos de características similares para maior conhecimento da atuação de psicólogos em CEREST, sobretudo, que produzam orientações para psicólogos destes locais. Sugere-se estudos posteriores que possam abranger de maneira mais detalhadas as questões aqui discutidas e possam ir *a locus* e assim ter dados detalhados sobre a realidade. A partir do cenário marcado por coerências e contradições na atuação de psicólogos em CEREST aponta-se para a necessidade de aprofundamento da discussão sobre psicólogos na ST, acentua-se a isto o fato evidenciado de que esta atuação ainda é pouco discutida no Brasil, de forma que há poucos estudos nacionais a respeito do assunto.

Este estudo relata um conjunto sistematizado de constatações sobre a atuação e concepções dos psicólogos em CEREST, entre limitações, proximidades e contradições, e a interlocução disto com o SUS e a RENAST. Espera-se que este agrupamento de informações, tão pouco estudadas em âmbito nacional, possa subsidiar ações referentes à atuação de psicólogos em CEREST e promover o aumento de informações e compreensões a respeito por meio do compartilhamento e divulgação dessas reflexões a partir das informações obtidas.



**REFERÊNCIAS**

- ALBORNOZ, S. **O que é trabalho?** São Paulo: Brasiliense, 1986.
- ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. Á.; PERES, M. F. T. **O conceito de saúde mental.** Revista USP, n. 43, p. 100-125, 1999.
- ALMEIDA FILHO, N. DE; ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à epidemiologia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ALMEIDA FILHO N E PAIM JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cadernos Médicos Sociales**, n. 75:5-30, 1999.
- ALVES, G. **O Novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo.** Boitempo: São Paulo, 2005
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 120 pp. (Temas em Saúde).
- ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo: Cortez, 2011.
- ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** 6. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002. **Rev Interdisciplinar Ciências e Saúde**, p. 25-29, 2015.
- ATKINSON, P., COFFEY, A. **Analysing Documentary Realities.** Em D. SILVERMAN, (Ed.). *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, p. 45-62, London: Sage Publications, 1997.
- BAILEY, K.D. **Methods of Social Research.** New York: The Free Press, 1994.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70; 1977.
- BARROS, J. A. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, n. 11, v. 1, pp. 67-84, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08> Acesso em: 30 Mar 2018.
- BASTOS, A.V.V., GOMIDE, P.I.C. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 6-15, 1989. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931989000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931989000100003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 10 Jul 2018.

BASTOS, A.V.V., GONDIM, S.M.G., RODRIGUES, A.C.A. **Uma categoria profissional em expansão: quantos somos e onde estamos?** Em: BASTOS, A. V. B., GONDIM, S. M. G. (EDS.). **O Trabalho do Psicólogo no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BASTOS, A.V.B., GALVAO-MARTINS, A.H.C. O que pode fazer o psicólogo organizacional. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. Brasília, v. 10, n. 1, p. 10-18, 1990. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931990000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931990000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Jan 2018.

BASTOS, A.V.B., YAMAMOTO, O.H., RODRIGUES, A.C.A. Compromisso Social e ético: desafios para atuação da Psicologia Organizacional e do Trabalho. In: BORGES, L.O., MOURÃO, L (Orgs). **O trabalho e as organizações: atuações a partir da Psicologia**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BENDASSOLLI, P.F. Crítica às apropriações psicológicas do trabalho. **Rev Psicologia & Sociedade**; v.23, n.1: 75-84, 2011.

BENDASSOLLI, P.F. **Os ethos do trabalho sobre a insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. 2006, 257 p.

BENDASSOLLI, P.F. **Psicologia e trabalho: apropriações e significados**. São Paulo: Cengage Learning, 2009.

BENDASSOLLI, P.F. **Trabalho e identidade em tempos sombrios: insegurança ontológica na experiência atual com o trabalho**. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2007.

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, p. 103-117, June 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572011000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Fev 2019.

BLANCH RIBAS, J. M. (Coord.). Trabajar en la modernidad... Em: BLANCH RIBAS, J. M.; TOMAZ, M. J. E.; DORÁN, C. G. **Teoría de las relaciones laborales fundamentos**. Editorial UOC, Barcelona, 2003.

BONITA, R. *et al.* **Epidemiologia básica**. 2.ed. São Paulo: Editora Santos, 2010.

BORGES, L.O., YAMAMOTO, O.H. Mundo do trabalho: construção histórica e desafios contemporâneos. Em: ZANELLI, J.C., BORGES-ANDRADE, J.E., BASTOS, A.V.B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BORSOI, I.C.F. Da relação entre trabalho e saúde à relação entre trabalho e saúde mental. **Rev Psicologia e Sociedade**, 2007.

BOTTEGA, C.G., MERLO, A.C. Linha de cuidado em saúde mental do trabalhador: discussão para o SUS. **Rev. Polis e Psique**, 2016; 6(3): 77 – 102.

BOTTEGA, C.G., MERLO, A.C. Clínica do Trabalho no SUS: possibilidade de escuta aos trabalhadores. **Psicologia & Sociedade**, v.29, 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Lei n. 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. Diário Oficial da União. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)> Acesso em 22 Out 2018.

BRASIL. **Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962**. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília, 27 de agosto de 1962; 141º da Independência e 74º da República.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, 19 de setembro de 1990. Presidência da República. Subchefia para assuntos jurídicos. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº510**, de 07 de abril de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: Manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, DF: MS, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Rotinas do SINAN**: Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria 4.279. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, de 30 de dezembro de 2010. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.728, de 11 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências**.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n° 3120**. Norma Operacional Básica 07/98, de 1 de Julho de 1998. Aprova a instrução normativa de vigilância em saúde do trabalhador no SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 jul. 1998. Seção 1, p. 36

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no 205, de 17 de fevereiro de 2016. **Define a lista nacional de doenças e agravos, na forma do anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes.**

BRASIL. **Lista de doenças relacionadas ao trabalho**. Portaria n. 1339/GM de 18 de novembro de 1999. Brasília, DF: Senado, 1999.

BRASIL. Portaria 1.139, de 18 de novembro de 1999. **Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho**. Brasília, DF, 1999.

BRASIL. **Portaria 1.679**, de 19 de setembro de 2002. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. Portaria 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html)> Acesso em 12 jun 2017.

BRASIL. **Portaria 2.437/GM**, de 7 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - Renast - no Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. **Rede Nacional de Saúde do Trabalhador**: manual de gestão e gerenciamento. São Paulo, 2006.

BRASIL, Ministério Da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador. **Planejamento RENAST 2016 – 2019**. Brasília/DF, 2016.

BRITO, J. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: FIGUEIREDO, M. et al. (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. 91-114 p.

BUHLER, D.N.C. **O Espaço da Psicologia na Saúde do Trabalhador na Rede Pública de Saúde**. 2011. 24 p. Artigo de monografia (Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

BURREL, G., MORGAN, G. **Sociological paradigms and organizational analysis**. London: Helnemann Educational Books, 1979.

BUSS, P.M., FILHO, A.P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, C.J.G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF) set/out;57(5):611-4, 2004.

CAMPOS, G.W.S., DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Revista Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.  
CAPRA, R. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARDOSO, M.C.B. **Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental relacionadas ao trabalho**. 2015. 125p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2015.

CARMO, M.E., GUIZARDI, F.L. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [ 4 ]: 1265-1286, 2017.

CAVALHEIRO, G. **Sentidos atribuídos ao trabalho por profissionais afastados do ambiente laboral em decorrência de depressão**. 2010. 205 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CASTRO, T.G., ABS, D., SARRIERA, J.C. Análise de Conteúdo em Pesquisa de Psicologia. **Rev Psicologia: ciência e profissão**, v.31, p. 814-824, 2011.

CELLARD, A. A análise documental. Em: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). **Saúde do Trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para atuação do(a) psicólogo(a)**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2008. 75 p. Disponível em: <<http://crepop.pol.org.br>>. Acesso em 12 ago 2017.

CLOT, Y. Clinique du travail et clinique de l'activité. **Nouvelle Revue de Psychosociologie**, n. 1, v. 1, pp. 165-177, 2006.

CODO, W. **O trabalho enlouquece?: um encontro entre a clínica e o trabalho**. Petropolis, RJ: Vozes, 2004. 238 p.

CODO, W. Um Diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em Saúde Mental. Em: JACQUES, M.G., CODO, W (Orgs). **Saúde Mental e Trabalho: leituras**. Petrópolis: Vozes, 2002.

CODO, W., SORATTO, L., VASQUES-MENEZES, I. Saúde Mental e Trabalho. Em: ZANELLI, J.C., BORGES-ANDRADE, J.E., BASTOS, A.V.B. **Psicologia, organizações e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CODO, W., SAMPAIO, J.J.C., HITOMI, A.B. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

COELHO-LIMA, F. **A Psicologia do Trabalho e das Organizações na formação do psicólogo no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2013.

COELHO-LIMA, F., COSTA, A.L.F., YAMAMOTO, O.H. O exercício Profissional do Psicólogo do Trabalho e das Organizações: Uma Revisão da Produção Científica. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 11, 2, jul-dez 2011, 21-35.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A Psicologia brasileira apresentada em números: somos um total de 326.897 psicólogos (as)**. s/d. Disponível: <http://www2.cfp.org.br/infografico/quantos-somos/> Acesso em 26 Ago 2018.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Uma Profissão de muitas e Diferentes Mulheres: Resultado preliminar da pesquisa 2012**. LHULLIER, L.A *et al*, 2013a.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Quem é a psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho**. LHULLIER, L.A (Org). Brasília, 2013b.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 010**, de 20 de dezembro de 2000. Especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do Psicólogo. Brasília.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO PARANÁ. NAGUEL, M. Série técnica: **manual de psicologia organizacional**. Curitiba: Unificado, 2007. 48p.

COSTA, F.S.M. Política Nacional de Saúde do Trabalhador: Reflexões Iniciais Sobre a Estratégia Renast No Município de Castanhal/Pa. **Revista Pegada**, vol. 15, n.1 16, 2014.

COSTA, D.; LACAZ, F.A.C.; JACKSON, F.J.M; VILELA, R.A.G. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 38(127), 11-21, 2013.

CRESWELL, J.W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens**. Porto Alegre: Penso, 2014.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Tradução Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2001.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez / Obore, 1992.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

DEJOURS, C. **O Fator Humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2002.

DEJOURS, C. Subjetividade, Trabalho e Ação. **Rev Produção**. V. 14, n. 3, 2004.

DEJOURS, C. **Trabalho, tecnologia e organização**. São Paulo: Blucher, 2008. 125 p.

DEJOURS, C., DESSORS, D., DESRLAUX, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista Administração de Empresas**. São Paulo, 1993.

DIAS, E. C. *et al.* **Construção da Renast em Minas Gerais**: a contribuição dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), 2002-2007. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, supl. 2, p. 66-74, abr.-jun. 2010.

DIAS, R.C.S. **Percepção dos gestores de saúde sobre o Centro de Referência em Saúde do Trabalho – CEREST**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Estadual de São Paulo, Assis, 2010.

DIAS E. C; HOEFEL M. G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. **Ciência Saúde Coletiva**; 10 (4):817-27, 2005.

DOLLE, J.M. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade à luz da Epistemologia Genética. **Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas**, v. 7, n. 1, 2015.

DONNANGELO, C. **Saúde e sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1979.

FERRETTI, C.J., ZIBAS, D.M.L., MADEIRA, F.R., FRANCO, M.L.P.B (Orgs). **Novas tecnologias, trabalho e educação** – um debate multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1994.

FILHO, N.A. **O que é Saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, 160 p.

FONTANELLA, B.J.B (*et al.*). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008

FREITAS, M.E., HELOANI, J.R., BARRETO, M. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo: Cengage Learning, 2013.

FOSTER, M. Associação Livre De Ideias: Via Régia Para O Inconsciente – A Especificidade do Método. **Revista Jornal da Psicanálise**, v. 43, 2010.

FRANCA, M. et al. Clínica do trabalho e experiência de formação com trabalhadoras de escolas públicas no Brasil. **Cad. psicol. soc. trab.**, São Paulo , v. 16, n. spe, p. 69-89, 2013 . Acesso em 03 fev. 2019.

GAMA, E.S. **Saúde do trabalhador no município de campos dos Goytacazes**: uma questão negligenciada. Dissertação (Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades). Universidade Candido Mendes Campos, Rio de Janeiro, 2013.

GANGRADE, K. D. **Methods of data collection**: questionnaire and schedule. Journal of the Indian Law Institute, Vol. 24, nº4, 1982, p. 713-722.

GERHARDT, T.E., SILVEIRA, D.T (Org). **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GOMEZ C.M., LACAZ F.A.C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. **Rev Ciênc Saúde Coletiva** 2005; 10:797-807.

GONDIM, A.V.B., BASTOS, S.M.G, PEIXOTO, L.S.A. Áreas de atuação atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. Em: BASTOS, S.M.G., GONDIM, A.V.C & col. (Org) **O trabalho do psicólogo no Brasil**, (p. 174-199). Porto Alegre: Artmed, 2010.

GUBA, E. G., LINCOLN, Y. S. *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass, 1981.

GUEDES, R. **Usuário, Cliente ou Paciente?** Rede Humaniza SUS, 2018. Disponível em: < <http://redehumanizaus.net/60231-usuario-cliente-ou-paciente/>> Acesso em 03 Fev 2018.

HIRIGOYEN, M-F. **Harcèlement moral: la violence perverse au quotidien**. Paris: Syros, 1998.

HUBERMAN, L. História da Riqueza do Homem. Rio de Janeiro: LTC, 1986.

JACQUES, M. da G. C. Abordagens teóricas-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Universidade Federal do Rio Grande do Sul/RS, v. 15, n. 1, p. 97-116, jan.-jun. 2003.

JACQUES, M.G. O Nexo Causal em Saúde/Doença Mental no Trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Revista Psicologia & Sociedade**; 19, Edição Especial 1: 112-119, 2007.



JACQUES, M.G. Abordagens Teórico-metodológicas em Saúde. Doença Mental& Trabalho. **Revista Psicologia e Sociedade**, vol 15, nº 1, pp. 97-116, jan-jun 2003.

JACQUES, M.G., CODO, W (Orgs). **Saúde Mental&Trabalho: leituras**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

KEPPLER, I.L.S. **A atuação dos psicólogos nos centros de referência em saúde do trabalhador**. 2015. 135p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2015.

KOTHARI, C. R. **Research methodology: Methods and techniques**. New Delhi: New Age International limited publishers, 2004.

LACAZ, F. A. D. C. O campo Saúde do Trabalhador: epistemologia, desafios e lacunas. In E.A.S. Lourenço & V.L. Navarro (Org.). **O Avesso do Trabalho III** (pp. 219-238). São Paulo: Outras Expressões, 2013.

LACAZ, F. A. D. C. **O programa de saúde dos trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: a agonia de uma proposta**. Saúde debate, (36), 41-7, 1992.

LAVILLE, C.; DIONE, J. **A construção do saber: manual de metodologia em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed, 1999

LEÃO L.H.C, MINAYO-GOMEZ C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva**. 2014;19(12):4649-58.

LEÃO, L. H. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Rede nacional de atenção integral à saúde do trabalhador (Renast): uma rede que não enreda. Em: VASCONCELLOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. (Org.). **Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória**. Rio de Janeiro: Educam, 2011. p. 453-489.

LEITE, L. P. Transtornos mentais são a 3ª principal causa de afastamentos de trabalho. **Blog da Saúde**. Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/52979-transtornos-mentais-sao-a-terceira-principal-caoa-de-afastamentos-de-trabalho>> Acesso em: 20 abr. 2018

LE GUILLANT, T. *Quelle Psychiatrie por notre temps?* Paris: Érés, 1984.

LEOPOLDINO, J.M., SANTOS, M.A. Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Notificação dos Transtornos Mentais e do Comportamento Relacionados ao Trabalho. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.5, n.11, p.44-66, 2013.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. Promoção de saúde e qualidade de vida no trabalho: o desafio da gestão integrada. Em: ROSSI, A.M., PERREWE, P. L., SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2007. 197 p.

LIMONGI-FRANÇA, A.C. **Qualidade de vida no trabalho**. Porto Alegre: Atlas, 2008.

LIMONGI-FRANÇA, A. C.; RODRIGUES,, A. L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas, 2007, 191p.

LIPP, M.E.N. **Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 228, 2003.

LIPP, M.E.N. *Stress no Trabalho: Implicações para a Pessoa e para a Empresa*. In F. S. Nunes (Org), **Pedagogia Institucional: Fatores Humanos nas Organizações**. Rio de Janeiro: Editora Zit, p. 214-236, 2004.

MALEZZI, S. A profissionalização dos psicólogos: uma história de promoção humana. Em: BASTOS, A.V.B., GONDIM, S.M.G. **O Trabalho do psicólogo no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MACHADO, J.H.M. SANTANA, V.S., CAMPOS, A., FERRITE S., PERES, M.C., GOLDINO, A., GALDINO, A., NTO, R.V., DA VEIGA, R.M., LISBOAM M.C., SANTOS, A.P.L. Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 38 (128): 243-256, 2013

MACHADO, J., SORATTO, L. CODO, W (Orgs). **Saúde e Trabalho no Brasil: uma revolução silenciosa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MEDRONHO, R. A., CARVALHO, D. M., BLOCH, K. V., LUIZ, R. R., & WERNECK, G. L. (eds.) **Epidemiologia**. Atheneu, São Paulo: 2009.

MENDES, A.M. **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, métodos e pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MERLO, A.R.C. *Psicodinâmica do Trabalho*. Em: JACQUES, M.G., CODO, W. (Orgs). **Saúde Mental & Trabalho**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

MERLO, A.R.C. MENDES, A.M.B. *Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação*. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 2009, vol. 12, n. 2, pp. 141-156.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 Ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **4º Inventário de Saúde do Trabalhador 2015-2016: Acompanhamento da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador**, 2015-2016.

MURTA, S.G., LAROS, J.A., TROCCOLI, B.T. Manejo de estresse ocupacional na perspectiva da área de avaliação de programas. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 10, n. 2, p. 167-176, Ago, 2005. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413294X2005000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2005000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Out 2017.

NARDI, H., TITTONI, J., BERNARDES, J. Subjetividade e Trabalho. Em CATTANI, A (Org). **Trabalho e Tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes, 1997.

NEVES, I.R. **De Centro de Reabilitação à CEREST**: análise de um centro de referência regional em saúde do trabalhador no interior do Mato Grosso do Sul. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, M.G., JUNGES, J.R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Rev Estudos de Psicologia**, 17(3), p. 469-476, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Constituição da Organização Mundial de Saúde**. Preâmbulo. Genebra, 1946.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A Prevenção de Doenças Profissionais**. Geneva; 2013.

PAIM, J.S. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAPARELLI, R., SATO, L., OLIVEIRA, F. A Saúde Mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, 36 (123): 118-127, 2011.

PORTAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. **CEREST**. 2017. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/767-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/saude-do-trabalhador/28352-cerest>>. Acesso em 03 Nov 2017.

PLATAFORMA RENAST ONLINE. **CEREST**. 2018. Disponível em <<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/CEREST>>. Acesso em 10 Jul 2018.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. São Paulo: Fundacentro, 2000.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A. Interdisciplinaridade e psicologia na área da saúde. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 3, p. 37-41, dez. 1994. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1994000300005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1994000300005&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 mar 2018.

REDE NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO TRABALHADOR. **Manual de Gestão e Gerenciamento**. 1ª Ed. São Paulo, 2006.

REIS, A.L.P.P., FERNANDES, S.R.P., GOMES, A.F. Estresse e Fatores Psicossociais. **Revista Psicologia: Ciência&Profissão**. Vol 30, 2010.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 Ed., São Paulo: Atlas, 2007.

ROSSI, A.M., PERREWE, P. L., SAUTER, S.L. **Stress e qualidade de vida no trabalho: perspectivas atuais da saúde ocupacional**. São Paulo: Atlas, 2007. 197 p.

RUMIN, C.R. Políticas Públicas em saúde do trabalhador e extensão em Psicologia. **Rev Ciência em Extensão**, v. 12, n 3, p. 137-153, 2016.

SALANOVA, M.; GARCIA, F. J.; PEIRÓ, J. M. Significado del trabajo y valores laborales. Em PEIRÓ, J. M.; PRIETO, F. **Tratado de Psicología del trabajo**. Volume II: Aspectos psicosociales del trabajo. Madrid: Síntesis Psicología, 1996.

SAMPAIO, E.C.C. **Avaliação do grau de implementação de Vigilância em Saúde do Trabalhador no CEREST Regional de João Pessoa, Paraíba, em 2015**. Dissertação (Fundação Oswaldo Cruz) – Rio de Janeiro, 2017.

SAMPAIO, J. R. Psicologia do trabalho em três faces. Em GOULART, B., SAMPAIO, J. R. **Psicologia do trabalho e gestão de recursos humanos: estudos contemporâneos**. Casa do Psicólogo, 1998, p. 19-40.

SAMPAIO, R.F. LUZ, M.T. **Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(3):475-483, mar, 2009.

SAMPIERI, R. H.; CALLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 6. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

SANCHEZ, .M.O. *Et al* . Atuação do Cerest nas ações de vigilância em saúde do trabalhador no setor canavieiro. **Revista Saude soc.**, São Paulo , v. 18, supl. 1, p. 37-43, mar. 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000500006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000500006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 01 nov. 2018.

SANTANA, V.S. Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v. 40, ago 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 29 Mai 2017.

SANTANA, V. S.; SILVA, J. M. **Os 20 anos da saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Brasil: limites, avanços e desafios**. Em BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde.

Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p. 175-204.

SANTOS, A. P. L. **Tecendo redes**: superando desafios, estudos de casos exitosos em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde do Estado de São Paulo. 2010. 250 f. Tese (Doutorado em Ciências)- Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.

SANTOS, A. P. L. D., LACAZ, F. A. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In MINAYO-GOMEZ, C; MACHADO J.M.H & PENA, P.G.L (ORG), **Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea** (pp. 87-105). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SATO, L. Psicologia, saúde e trabalho: distintas construções dos objetos “trabalho” e “organizações”. Em TRINDADE, Z. A.; ANDRADE, Â. N. **Psicologia e saúde**: um campo em construção. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. Disponível em: < <http://www.crprs.org.br/upload/noticia/arquivo2902.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2018

SATO, L. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. Em CODO, W, JACQUES, M.G (Org). **Saúde Mental e Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

SATO, L; BERNARDO, M.H. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 4, p. 869-878, Dec. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000400011&lng=en&nrm=iso)>. access on 27 Fev. 2018.

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**, 2006, 11 (3), p. 281-288.

SAUNDERS, M., LEWIS, P. THORNHILL, A. **Research Methods For Business Students**. England: Pearson, 2009.

SCAIM, P.M. **A inserção e as práticas profissionais do psicólogo nos Centro de Referência em Saúde do Trabalhador no Brasil (CEREST)**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

SCORSOLINI-COMIN, F. Aconselhamento psicológico e psicoterapia: aproximações e distanciamentos. **Revista Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 7, n. 1, p. 02-14, jun. 2014 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822014000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822014000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 Fev 2018.

SECRETARIA DO ESTADO DE MINAIS GERAIS. Equipe da Diretoria de Saúde do trabalhador. **Análise situacional de saúde como eixo norteador de critério para implantação de CEREST regional com foco no trabalhador do campo e da floresta.** s/a.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Cortez, 1994.

SELIGMANN-SILVA, E., HESPANHOL BERNARDO, M., MAENO, M., KATO, M. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, núm. 122, 2010, pp. 187-191.

SEGRE, M., FERRAZ, F.C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 31, n. 5, p. 538-542, Oct. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 Out 2017.

SILVA, N., TOLFO, S.R. Trabalho Significativo e Felicidade Humana: Explorando Aproximações. **Rev Psicologia Organizacional e Trabalho**. set.dez 2012, p. 341-364.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos**: métodos para análise de entrevistas textos e interações. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SOUZA, F.F. Ministério da Saúde. **A Construção da Análise de situações de saúde do trabalhador**. s/a.

SOUZA, P. R. R. **Epidemiologia e saúde do trabalhador**. ENSP/Fiocruz, 2012. Disponível em: <<http://www.imiarj.com.br/Epidemiologia.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2018

TAMAYO, A., BORGES-ANDRADE, J.E., CODO, W (Org). **Trabalho, organizações e Cultura**. São Paulo: Cooperativa de Autores Associados, 1999.

TEIXEIRA, R. P.; NUNES, M. L. T. Em busca de autonomia: o uso do termo de consentimento em pesquisa. In. SCARPARO, H. (Org.). **Psicologia e Pesquisa: Perspectivas Metodológicas**. 2. ed. Porto Alegre/RS: Sulina, 2008. p. 27-38.

TITTONI, J. **Subjetividade e Trabalho**. Porto Alegre: Ortiz, 1994.

TITTONI, Saúde Mental. Em CATTANI, A.D (Orgs). **Trabalho e Tecnologia**: Dicionário Crítico. Petrópolis: Vozes, 1997, p. 215-219.

TOLFO, S.R. Significados e sentidos do trabalho. Em BENDASSOLLI, P.F., BORGES-ANDRADE, J.E. **Dicionário de Psicologia do Trabalho e das organizações**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015.

TOLFO, S.R.; PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre , v. 19, n. spe, p. 38-46, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 10 Out 2018.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em Educação. São Paulo: Atlas, 2009.

VASQUES-MENEZES, I. Saúde Mental e Trabalho: aplicações na Prática Clínica. Em: CODO, W, JACQUES, M.G (Org). **Saúde Mental e Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

ZANELLI, J.C. **O Psicólogo nas Organizações de Trabalho**: Formação e Atividades Profissionais. Florianópolis: Paralelo 27, 2014.

ZANELLI, J. C.; BASTOS, A. V. B. Psicologia e produção do conhecimento em organizações e trabalho. Em ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (orgs). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ZANELLI, J.C., BORGES-ANDRADE, J.E., BASTOS, A.V.B (Orgs). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. 2 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ZANELLI, J.C., KANAN, A.L. **Fatores de risco, proteção Psicossocial e trabalho**: organizações que emancipam ou que matam. Lages: Editora da UNIPLAC, 2018.

ZANELLI, J.C, CALZARETTA, A.V., GARCÍA, A.J., LIPP, M.E.N. CHAMBEL, M.J. **Estresse nas organizações de trabalho**: compreensão e intervenção baseada em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2010.

## ANEXOS

## A – Lista de CEREST no Brasil

UF	MUNICIPIO	TIPO	TELEFONE 1	TELEFONE 2	E-MAIL INSTITUCIONAL 1
AC	Rio Branco	Cerest Estadual	(68) 3223-4266		<a href="mailto:cerest.saude@ac.gov.br">cerest.saude@ac.gov.br</a>
AL	Maceió	Cerest Estadual	(82) 3315-2759	(82) 3315-3920	<a href="mailto:cerest@saude.al.gov.br">cerest@saude.al.gov.br</a>
AL	Maceió	Cerest Regional	(82) 3315-5260		<a href="mailto:cerest@sms.maceio.al.gov.br">cerest@sms.maceio.al.gov.br</a>
AL	Santana do Ipanema	Cerest Regional	(82) 3621-3110	(82) 9941-1119	<a href="mailto:cerestsip@gmail.com">cerestsip@gmail.com</a>
AL	Arapiraca	Cerest Regional	(82) 3521-6382	(82) 3529-2804	<a href="mailto:cerestara@hotmail.com">cerestara@hotmail.com</a>
AM	Manaus	Cerest Estadual	(92) 3236-5015	(92) 3632-2244	<a href="mailto:cerestam@yahoo.com.br">cerestam@yahoo.com.br</a>
AM	Manaus	Cerest Regional	(92) 3654-1868		<a href="mailto:cerest.manaus@pmm.am.gov.br">cerest.manaus@pmm.am.gov.br</a>
AM	Tefé	Cerest Regional	(97) 3343-3386		<a href="mailto:ceresttefe@hotmail.com">ceresttefe@hotmail.com</a>
AP	Macapá	Cerest Estadual	(96) 3225-8900		<a href="mailto:cerest@saude.ap.gov.br">cerest@saude.ap.gov.br</a>
AP	Santana	Cerest Regional	(96) 3281-2018		<a href="mailto:eli_vulcao@hotmail.com">eli_vulcao@hotmail.com</a>
BA	Salvador	Cerest Estadual	(71) 3103-2200	(71) 3103-2244	<a href="mailto:sesab.divast@saude.ba.gov.br">sesab.divast@saude.ba.gov.br</a>
BA	Salvador	Cerest Regional	(71) 2201-8621	(71) 9918-6938	<a href="mailto:cerest.saude@salvador.ba.gov.br">cerest.saude@salvador.ba.gov.br</a>
BA	Barreiras	Cerest Regional	(77) 3613-9585		<a href="mailto:cerestbarreiras@yahoo.com.br">cerestbarreiras@yahoo.com.br</a>
BA	Camaçari	Cerest Regional	(71) 3644-5788	(71) 3644-5795	<a href="mailto:cerest1camaçari@gmail.com">cerest1camaçari@gmail.com</a>
BA	Conceição do Coité	Cerest Regional	(75) 3262-1033		<a href="mailto:cerest-coite@hotmail.com">cerest-coite@hotmail.com</a>
BA	Feira de Santana	Cerest Regional	(75) 3623-7552	(75) 3602-3038	<a href="mailto:cerestfeiradesantana@gmail.com">cerestfeiradesantana@gmail.com</a>
BA	Itaberaba	Cerest Regional	(75) 3251-1712	(75) 3251-3894	<a href="mailto:cerest_itaberaba@hotmail.com">cerest_itaberaba@hotmail.com</a>
BA	Itabuna	Cerest Regional	(73) 3214-8211		<a href="mailto:cerest.itabuna@bol.com.br">cerest.itabuna@bol.com.br</a>
BA	Jacobina	Cerest Regional	(74) 3621-3704		<a href="mailto:cerestjacobina@hotmail.com">cerestjacobina@hotmail.com</a>
BA	Jequié	Cerest Regional	(73) 3527-2008	(73) 3526-9343	<a href="mailto:cerestjequie@yahoo.com.br">cerestjequie@yahoo.com.br</a>
BA	Juazeiro	Cerest Regional	(74) 3611-4921		<a href="mailto:cerestjuazeiro@yahoo.com.br">cerestjuazeiro@yahoo.com.br</a>
BA	Santo Antônio de Jesus	Cerest Regional	(75) 3632-4628	(75) 3632-4482	<a href="mailto:cerestsai@hotmail.com">cerestsai@hotmail.com</a>
BA	Teixeira de Freitas	Cerest Regional	(73) 3263-3003		<a href="mailto:cerestdf@yahoo.com.br">cerestdf@yahoo.com.br</a>
BA	Vitória da Conquista	Cerest Regional	(77) 3422-8270	(77) 3422-8277	<a href="mailto:cerestconquista@gmail.com">cerestconquista@gmail.com</a>
BA	Alagoinhas	Cerest Regional	(75) 3422-1419	(75) 3163-1013	<a href="mailto:cerest.alagoinhas@gmail.com">cerest.alagoinhas@gmail.com</a>
CE	Fortaleza	Cerest Estadual	(85) 3101-5342		<a href="mailto:cerest@cerest.ce.gov.br">cerest@cerest.ce.gov.br</a>
CE	Fortaleza	Cerest Regional	(85) 3105-3332		<a href="mailto:cerest@sms.fortaleza.ce.gov.br">cerest@sms.fortaleza.ce.gov.br</a>
CE	Horizonte	Cerest Regional	(85) 3336-6032		<a href="mailto:cerest@horizonte.ce.gov.br">cerest@horizonte.ce.gov.br</a>
CE	Juazeiro do Norte	Cerest Regional	(88) 3511-4730		<a href="mailto:cerestjua@bol.com.br">cerestjua@bol.com.br</a>
CE	Quixeramobim	Cerest Regional	(88) 3441-1328		<a href="mailto:cerestquixeramobim@yahoo.com.br">cerestquixeramobim@yahoo.com.br</a>
CE	Sobral	Cerest Regional	(88) 3611-2614		<a href="mailto:cerest@sobral.ce.gov.br">cerest@sobral.ce.gov.br</a>
CE	Tianguá	Cerest Regional	(88) 3671-1919	(88) 3671-1815	<a href="mailto:cerest_tiangua@yahoo.com.br">cerest_tiangua@yahoo.com.br</a>
CE	Aracati	Cerest Regional	(88) 3421-1347		<a href="mailto:cerest aracati@yahoo.com.br">cerest aracati@yahoo.com.br</a>
CE	Limoeiro de Norte	Cerest Regional			
DF	Brasília	Cerest Estadual	(61) 3345-4837	(61) 3346-2220	<a href="mailto:cerestdf@gmail.com">cerestdf@gmail.com</a>
DF	Sobradinho (Norte)	Cerest Regional	(61) 3591-0665		<a href="mailto:cerestdfregionalnorte@gmail.com">cerestdfregionalnorte@gmail.com</a>
DF	Santa Maria (Sul)	Cerest Regional	(61) 3392-6555		<a href="mailto:cerestsuldf@gmail.com">cerestsuldf@gmail.com</a>
ES	Cariacica	Cerest Estadual	(27) 3636-2702		<a href="mailto:crst@saude.es.gov.br">crst@saude.es.gov.br</a>
ES	Colatina	Cerest Regional	(27) 3721-8048	(27) 3711-5379	<a href="mailto:cerestcolatina@gmail.com">cerestcolatina@gmail.com</a>
ES	Cachoeiro de Itapemirim	Cerest Regional	(28) 3155-5402		<a href="mailto:cerestci.es@gmail.com">cerestci.es@gmail.com</a>
ES	São Mateus	Cerest Regional			
ES	Vila Velha	Cerest Regional	(27) 3244-9289		
GO	Goiânia	Cerest Estadual	(62) 3201-4518		<a href="mailto:cerest.goias@hotmail.com">cerest.goias@hotmail.com</a>



UF	MUNICÍPIO	TIPO	TELEFONE 1	TELEFONE 2	E-MAIL INSTITUCIONAL 1
GO	Ceres	Cerest Regional	(62) 3307-3921	(62) 3307-7600	<a href="mailto:cerestceres@yahoo.com.br">cerestceres@yahoo.com.br</a>
GO	Formosa	Cerest Regional	(61) 3981-1350	(61) 3981-1055	<a href="mailto:formosacerest@yahoo.com.br">formosacerest@yahoo.com.br</a>
GO	Goiânia	Cerest Regional	(62) 3524-8743	(62) 3524-8731	<a href="mailto:sj@sms.goiania.go.gov.br">sj@sms.goiania.go.gov.br</a>
GO	Anápolis	Cerest Regional	(62) 3902-2498		<a href="mailto:cerest@anapolis.go.gov.br">cerest@anapolis.go.gov.br</a>
GO	Rio Verde	Cerest Regional	(64) 3602-8111		<a href="mailto:cidinha_rv@hotmail.com">cidinha_rv@hotmail.com</a>
GO	Itumbiana	Cerest Regional	(64) 9215-8300		<a href="mailto:sandrapaula96@hotmail.com">sandrapaula96@hotmail.com</a>
MA	São Luís	Cerest Estadual	(98) 3243-7781	(98) 9152-3522	<a href="mailto:svsaj.ma@gmail.com">svsaj.ma@gmail.com</a>
MA	São Luís	Cerest Regional	(98) 3232-3363		<a href="mailto:cerestsl@hotmail.com">cerestsl@hotmail.com</a>
MA	Caxias	Cerest Regional	(99) 8811-7797	(99) 3251-4019	<a href="mailto:cerestcaxia@gmail.com">cerestcaxia@gmail.com</a>
MA	Imperatriz	Cerest Regional	(99) 3523-3102	(99) 3524-9853	<a href="mailto:cerestimperatriz.ma@gmail.com">cerestimperatriz.ma@gmail.com</a>
MA	Mata Roma	Cerest Regional			<a href="mailto:cerestmr@gmail.com">cerestmr@gmail.com</a>
MG	Belo Horizonte	Cerest Estadual	(31) 3916-0447	(31) 3916-0446	<a href="mailto:sirabafador@saude.mg.gov.br">sirabafador@saude.mg.gov.br</a>
MG	Belo Horizonte	Cerest Regional	(31) 3277-5800		<a href="mailto:cerest@pbh.gov.br">cerest@pbh.gov.br</a>
		Cerest Regional	(31) 3277-6138		<a href="mailto:cerestca@pbh.gov.br">cerestca@pbh.gov.br</a>
MG	Andradas	Cerest Regional	(35) 3731-4362	(35) 3731-7695	<a href="mailto:cerest_andradas@andradas.mg.gov.br">cerest_andradas@andradas.mg.gov.br</a>
MG	Araxá	Cerest Regional	(34) 3662-4390		<a href="mailto:cerestarasa@hotmail.com">cerestarasa@hotmail.com</a>
MG	Barbacena	Cerest Regional	(32) 3339-2188		<a href="mailto:cerestmicrobarbacena@gmail.com">cerestmicrobarbacena@gmail.com</a>
MG	Belim	Cerest Regional	(31) 3531-3799	(31) 3594-4938	<a href="mailto:cerest.belim@yahoo.com.br">cerest.belim@yahoo.com.br</a>
MG	Contagem	Cerest Regional	(31) 3351-6130		<a href="mailto:cerest@contagem.mg.gov.br">cerest@contagem.mg.gov.br</a>
MG	Diamantina	Cerest Regional			
MG	Governador Valadares	Cerest Regional	(33) 3275-4908		<a href="mailto:cerest-gv@hotmail.com">cerest-gv@hotmail.com</a>
MG	Ipatinga	Cerest Regional	(31) 3829-8581		<a href="mailto:cerestipatinga@yahoo.com.br">cerestipatinga@yahoo.com.br</a>
MG	Juiz de Fora	Cerest Regional	(32) 3690-7466	(32) 3690-7465	<a href="mailto:saudetrabalhadorsus@yahoo.com.br">saudetrabalhadorsus@yahoo.com.br</a>
MG	Poços de Caldas	Cerest Regional	(35) 3697-2397		<a href="mailto:saudecotrabalhadorpocos@yahoo.com.br">saudecotrabalhadorpocos@yahoo.com.br</a>
MG	Sete Lagoas	Cerest Regional	(31) 3774-9923		<a href="mailto:cerest_saude@setelagoas.mg.gov.br">cerest_saude@setelagoas.mg.gov.br</a>
MG	Uberaba	Cerest Regional	(34) 3321-8634		<a href="mailto:cerest@uberaba.mg.gov.br">cerest@uberaba.mg.gov.br</a>
MG	Ubá	Cerest Regional	(32) 3539-6121		<a href="mailto:cerest@uba.mg.gov.br">cerest@uba.mg.gov.br</a>
MG	Passos	Cerest Regional	(35) 3522-9266		<a href="mailto:cerestpassos@gmail.com">cerestpassos@gmail.com</a>
MG	Montes Claros	Cerest Regional	(38) 3212-7069	(38) 9914-0787	<a href="mailto:cerestmontesclaros@gmail.com">cerestmontesclaros@gmail.com</a>
MG	Uberlândia	Cerest Regional	(34) 3236-6266		<a href="mailto:sirabafador@uberlandia.mg.gov.br">sirabafador@uberlandia.mg.gov.br</a>
MG	Unai	Cerest Regional			
MG	Divinópolis	Cerest Regional			
MS	Campo Grande	Cerest Estadual	(67) 3312-1100	(67) 3312-1115	<a href="mailto:qvst@saude.ms.gov.br">qvst@saude.ms.gov.br</a>
MS	Campo Grande	Cerest Regional			
MS	Conumbá	Cerest Regional	(67) 3907-5444		<a href="mailto:cerest@conumba.ms.gov.br">cerest@conumba.ms.gov.br</a>
MS	Dourados	Cerest Regional	(67) 3428-2494	(67) 3428-2400	<a href="mailto:cerestdourados@hotmail.com">cerestdourados@hotmail.com</a>
MT	Cuiabá	Cerest Estadual	(65) 3322-6177		<a href="mailto:costra@ses.mt.gov.br">costra@ses.mt.gov.br</a>
MT	Cuiabá	Cerest Regional	(65) 3617-1313		<a href="mailto:cerest.saude@cuiaba.mt.gov.br">cerest.saude@cuiaba.mt.gov.br</a>
MT	Colíder	Cerest Regional	(66) 3541-2251		<a href="mailto:cerestnorte@hotmail.com">cerestnorte@hotmail.com</a>
MT	Primavera do Leste	Cerest Regional	(66) 3498-2088		<a href="mailto:cerest@pva.mt.gov.br">cerest@pva.mt.gov.br</a>
MT	Sinop	Cerest Regional	(66) 3511-0768		<a href="mailto:cerestsinop@gmail.com">cerestsinop@gmail.com</a>
PA	Belém	Cerest Estadual	(91) 3241-6255		<a href="mailto:cerestpara@gmail.com">cerestpara@gmail.com</a>
PA	Belém	Cerest Regional	(91) 3249-5567		<a href="mailto:cerest_bel@yahoo.com.br">cerest_bel@yahoo.com.br</a>
PA	Altamira	Cerest Regional			
PA	Conceição do Araguaia	Cerest Regional	(94) 3421-0299		<a href="mailto:cerestaraguaia@gmail.com">cerestaraguaia@gmail.com</a>
PA	Marabá	Cerest Regional	(94) 8171-6689		<a href="mailto:cerest.polocarias@bol.com.br">cerest.polocarias@bol.com.br</a>
PA	Santarém	Cerest Regional	(93) 3523-0677		<a href="mailto:cerest2007@yahoo.com.br">cerest2007@yahoo.com.br</a>
PB	João Pessoa	Cerest Estadual	(83) 3218-4163	(83) 3218-6822	<a href="mailto:cerestpb@hotmail.com">cerestpb@hotmail.com</a>
PB	João Pessoa	Cerest Regional	(83) 3218-7114	(83) 3214-3219	<a href="mailto:cerest@joaopessoa.pb.gov.br">cerest@joaopessoa.pb.gov.br</a>
PB	Campina Grande	Cerest Regional	(83) 3310-6123	(83) 3335-7254	<a href="mailto:cerestcg@ig.com.br">cerestcg@ig.com.br</a>
PB	Patos	Cerest Regional	(83) 3423-3626	(83) 3423-2520	<a href="mailto:cerestpatos@hotmail.com">cerestpatos@hotmail.com</a>
PE	Recife	Cerest Estadual	(81) 3181-6298	(81) 3181-6533	<a href="mailto:cerestestadualpe@gmail.com">cerestestadualpe@gmail.com</a>
PE	Recife	Cerest Regional	(81) 3355-1853	(81) 3355-1850	<a href="mailto:cestrecife@bol.com.br">cestrecife@bol.com.br</a>

UF	MUNICÍPIO	TIPO	TELEFONE 1	TELEFONE 2	E-MAIL INSTITUCIONAL 1
PE	Caruaru	Cerest Regional	(81) 3701-1714		<a href="mailto:cerestcaruaru@ig.com.br">cerestcaruaru@ig.com.br</a>
PE	Goiana	Cerest Regional	(81) 3626-0725	(81) 3626-8357	<a href="mailto:saude.goianape@bol.com.br">saude.goianape@bol.com.br</a>
PE	Jaboatão dos Guararapes	Cerest Regional	(81) 3341-6597	(81) 3342-2208	<a href="mailto:cerest.guararapes@gmail.com">cerest.guararapes@gmail.com</a>
PE	Ouricuri	Cerest Regional	(87) 3874-2601		<a href="mailto:cerestouricuri@hotmail.com">cerestouricuri@hotmail.com</a>
PE	Palmares	Cerest Regional	(81) 3661-7122		<a href="mailto:cerest.palmares@yahoo.com.br">cerest.palmares@yahoo.com.br</a>
PE	Petrolina	Cerest Regional	(87) 3862-3751		<a href="mailto:cerestpetrolina@gmail.com">cerestpetrolina@gmail.com</a>
PE	Cabo de Santo Agostinho	Cerest Regional	(81) 3524-9069	(81) 3521-6711	<a href="mailto:cerestcabo@yahoo.com.br">cerestcabo@yahoo.com.br</a>
PI	Teresina	Cerest Estadual	(86) 3221-1069		<a href="mailto:cerestpiaui@hotmail.com">cerestpiaui@hotmail.com</a>
PI	Bom Jesus	Cerest Regional	(89) 3562-1563		<a href="mailto:cerestbj@hotmail.com">cerestbj@hotmail.com</a>
PI	Parnaíba	Cerest Regional	(89) 3323-2028		<a href="mailto:cerestbjpi@hotmail.com">cerestbjpi@hotmail.com</a>
PI	Picos	Cerest Regional	(89) 3422-3210		<a href="mailto:cerest.picos@hotmail.com">cerest.picos@hotmail.com</a>
PI	Uruçuí	Cerest Regional			
PR	Curitiba	Cerest Estadual	(41) 3222-1225		<a href="mailto:saudedotrabalhador@sesa.pr.gov.br">saudedotrabalhador@sesa.pr.gov.br</a>
PR	Curitiba	Cerest Regional	(41) 3350-9380		
PR	Curitiba (Macro Leste)	Cerest Regional	(41) 3304-7585	(41) 3304-7569	<a href="mailto:cerest02rs@sesa.pr.gov.br">cerest02rs@sesa.pr.gov.br</a>
PR	Maringá	Cerest Regional	(44) 3261-6200		<a href="mailto:dvvs15rs@sesa.pr.gov.br">dvvs15rs@sesa.pr.gov.br</a>
PR	Cianorte	Cerest Regional	(44) 3619-1908		<a href="mailto:cerest.noroeste2@sesa.pr.gov.br">cerest.noroeste2@sesa.pr.gov.br</a>
PR	Cascavel	Cerest Regional	(45) 3321-5540	(45) 3321-5548	<a href="mailto:cerest10rs@sesa.pr.gov.br">cerest10rs@sesa.pr.gov.br</a>
PR	Londrina	Cerest Regional	(43) 3379-6145		<a href="mailto:cerestmacron17rs@sesa.pr.gov.br">cerestmacron17rs@sesa.pr.gov.br</a>
PR	Apucarana	Cerest Regional	(43) 3420-2900		<a href="mailto:cerestmacronorte2@yahoo.com.br">cerestmacronorte2@yahoo.com.br</a>
PR	Iratí	Cerest Regional	(42) 3423-2400		<a href="mailto:cerest04rs@sesa.pr.gov.br">cerest04rs@sesa.pr.gov.br</a>
PR	Pato Branco	Cerest Regional	(46) 3309-2400		<a href="mailto:cerest07rs@sesa.pr.gov.br">cerest07rs@sesa.pr.gov.br</a>
RJ	Rio de Janeiro	Cerest Estadual	(21) 2333-3725	(21) 2333-3867	<a href="mailto:astrab@saude.rj.gov.br">astrab@saude.rj.gov.br</a>
RJ	Angra dos Reis	Cerest Regional	(24) 3377-8391		<a href="mailto:cerestbj@angra.rj.gov.br">cerestbj@angra.rj.gov.br</a>
RJ	Cabo Frio	Cerest Regional	(22) 2645-6548		<a href="mailto:cerestcabofrio@gmail.com">cerestcabofrio@gmail.com</a>
RJ	Campos dos Goytacazes	Cerest Regional	(22) 2725-0353		<a href="mailto:cerest@sms.campos.rj.gov.br">cerest@sms.campos.rj.gov.br</a>
RJ	Duque de Caxias	Cerest Regional	(21) 2672-2597	(21) 2773-6322	<a href="mailto:cerestduquedecaxias@hotmail.com">cerestduquedecaxias@hotmail.com</a>
RJ	Niterói	Cerest Regional	(21) 2717-7238		<a href="mailto:cerestri2@gmail.com">cerestri2@gmail.com</a>
RJ	Nova Iguaçu	Cerest Regional	(21) 9871-2199		<a href="mailto:cerestni@gmail.com">cerestni@gmail.com</a>
RJ	Rio de Janeiro	Cerest Regional	(21) 2568-8175	(21) 2567-3724	<a href="mailto:priscilacerestrio@gmail.com">priscilacerestrio@gmail.com</a>
RJ	Rio de Janeiro	Cerest Regional	(21) 2224-8222		<a href="mailto:priscilacerestrio@gmail.com">priscilacerestrio@gmail.com</a>
RJ	Volta Redonda	Cerest Regional	(24) 3339-9561	(24) 3339-9551	<a href="mailto:crst.ama@epdvr.com.br">crst.ama@epdvr.com.br</a>
RJ	Itaperuna	Cerest Regional	(22) 3823-6409		<a href="mailto:cerestnoroeste@yahoo.com.br">cerestnoroeste@yahoo.com.br</a>
RJ	Maricá	Cerest Regional	(21) 2637-8176		<a href="mailto:cerestmatro2@gmail.com">cerestmatro2@gmail.com</a>
RJ	Nova Friburgo	Cerest Regional	(22) 2523-1889		<a href="mailto:fmnf.susc@oigalink.com.br">fmnf.susc@oigalink.com.br</a>
RJ	Petropolis	Cerest Regional	(24) 2246-9440		<a href="mailto:cerestserrana2@petropolis.rj.gov.br">cerestserrana2@petropolis.rj.gov.br</a>
RJ	Três Rios	Cerest Regional	(24) 2255-3114		<a href="mailto:cerest3rios@hotmail.com">cerest3rios@hotmail.com</a>
RJ	Resende	Cerest Regional			<a href="mailto:cerestresende@yahoo.com.br">cerestresende@yahoo.com.br</a>
RN	Natal	Cerest Estadual	(84) 3232-2709	(84) 3232-8862	<a href="mailto:cerestm@rn.gov.br">cerestm@rn.gov.br</a>
RN	Caicó	Cerest Regional	(84) 3417-3600		<a href="mailto:cerestcaico@gmail.com">cerestcaico@gmail.com</a>
RN	Mossoró	Cerest Regional	(84) 3315-2523	(84) 3315-1626	<a href="mailto:cerestmossoro@yahoo.com.br">cerestmossoro@yahoo.com.br</a>
RN	Natal	Cerest Regional	(84) 3232-3131	(84) 3232-4958	<a href="mailto:cerestnataim@yahoo.com.br">cerestnataim@yahoo.com.br</a>

UF	MUNICÍPIO	TIPO	TELEFONE 1	TELEFONE 2	E-MAIL INSTITUCIONAL 1
RO	Porto Velho	Cerest Estadual	(69) 3216-5250		<a href="mailto:cerest.rondonia@gmail.com">cerest.rondonia@gmail.com</a>
RO	Cacoal	Cerest Regional	(69) 3907-4059		<a href="mailto:cerest.cacoal12@gmail.com">cerest.cacoal12@gmail.com</a>
RO	Vilhena	Cerest Regional	(69) 3322-4170		<a href="mailto:cerest_vilhena@hotmail.com">cerest_vilhena@hotmail.com</a>
RR	Boa Vista	Cerest Estadual	(95) 3623-3415		<a href="mailto:cerestroraima@yahoo.com.br">cerestroraima@yahoo.com.br</a>
RR	Boa Vista	Cerest Regional			
RR	Rorainópolis	Cerest Regional	(95) 9152-3921		<a href="mailto:cerestrorainopolis@gmail.com">cerestrorainopolis@gmail.com</a>
RS	Porto Alegre	Cerest Estadual	(51) 3901-1101	(51) 3901-1069	<a href="mailto:trabalhador-cevs@saude.rs.gov.br">trabalhador-cevs@saude.rs.gov.br</a>
RS	Porto Alegre	Cerest Regional	(51) 3225-2211		<a href="mailto:crst@sms.prefpoa.com.br">crst@sms.prefpoa.com.br</a>
RS	Caxias do Sul	Cerest Regional	(54) 3290-4508	(54) 3290-4461	<a href="mailto:cerest.serra@caxias.rs.gov.br">cerest.serra@caxias.rs.gov.br</a>
RS	Canoas	Cerest Regional	(51) 3466-1390		<a href="mailto:cerestvaledosinos@canoas.rs.gov.br">cerestvaledosinos@canoas.rs.gov.br</a>
RS	Ijuí	Cerest Regional	(55) 3333-5241	(55) 3333-8805	<a href="mailto:admin@cerestijui.com">admin@cerestijui.com</a>
RS	Palmeira das Missões	Cerest Regional	(55) 3742-5714		<a href="mailto:cerestmacronorte@mksnet.com.br">cerestmacronorte@mksnet.com.br</a>
RS	Pelotas	Cerest Regional	(53) 3227-5217	(53) 3225-5588	<a href="mailto:sms.cerest@pelotas.com.br">sms.cerest@pelotas.com.br</a>
RS	Santa Cruz do Sul	Cerest Regional	(51) 3717-4635	(51) 37153784	<a href="mailto:cerest.vales@santacruz.rs.gov.br">cerest.vales@santacruz.rs.gov.br</a>
RS	Erechim	Cerest Regional	(54) 3522-6813		<a href="mailto:cerest@erechim.rs.gov.br">cerest@erechim.rs.gov.br</a>
RS	Passo Fundo	Cerest Regional	(54) 3313-4874	(54) 3316-1023	<a href="mailto:saude.trabalhador@pmpf.rs.gov.br">saude.trabalhador@pmpf.rs.gov.br</a>
RS	Alegrete	Cerest Regional	(55) 3422-7778		<a href="mailto:sst@alegrete.rs.gov.br">sst@alegrete.rs.gov.br</a>
RS	Santa Maria	Cerest Regional	(55) 3286-2609	(55) 3286-2609	<a href="mailto:cerest-santamaria@santamaria.rs.gov.br">cerest-santamaria@santamaria.rs.gov.br</a>
SC	Florianópolis	Cerest Estadual	(48) 3251-7988	(48) 3251-7927	<a href="mailto:cerest@saude.sc.gov.br">cerest@saude.sc.gov.br</a>
SC	Blumenau	Cerest Regional	(47) 3329-8383	(47) 3326-6839	<a href="mailto:cerest@blumenau.sc.gov.br">cerest@blumenau.sc.gov.br</a>
SC	Chapecó	Cerest Regional	(49) 2049-9052	(49) 2049-9053	<a href="mailto:cerest@chapeco.sc.gov.br">cerest@chapeco.sc.gov.br</a>
SC	Criciúma	Cerest Regional	(48) 3437-3419	(48) 3437-9584	<a href="mailto:cerest@criciuma.sc.gov.br">cerest@criciuma.sc.gov.br</a>
SC	Florianópolis	Cerest Regional	(48) 3239-1591	(48) 3239-1589	<a href="mailto:sms.cerest8@gmail.com">sms.cerest8@gmail.com</a>
SC	Joinville	Cerest Regional	(47) 3422-2925	(47) 3422-4149	<a href="mailto:cerest@saudejoinville.sc.gov.br">cerest@saudejoinville.sc.gov.br</a>
SC	Lages	Cerest Regional	(49) 3225-6942	(49) 3222-2929	<a href="mailto:cerestlages@hotmail.com">cerestlages@hotmail.com</a>
SE	Lagarto	Cerest Regional	(79) 3631-4245		<a href="mailto:cerestlagarto@yahoo.com.br">cerestlagarto@yahoo.com.br</a>
SE	Canindé de São Francisco	Cerest Regional	(79) 3346-1495		<a href="mailto:cerestcaninde@hotmail.com">cerestcaninde@hotmail.com</a>
SE	Aracaju	Cerest Regional	(79) 3225-8500	(79) 3259-6781	<a href="mailto:saude.crst@aracaju.se.gov.br">saude.crst@aracaju.se.gov.br</a>

UF	MUNICIPIO	TIPO	TELEFONE 1	TELEFONE 2	E-MAIL INSTITUCIONAL 1
SP	Amparo	Cerest Regional	(19) 3808-5327	(19) 3808-6405	<a href="mailto:crst@amparo.sp.gov.br">crst@amparo.sp.gov.br</a>
SP	Araçatuba	Cerest Regional	(18) 3624-4923	(18) 3609-1420	<a href="mailto:cerest_ata@yahoo.com.br">cerest_ata@yahoo.com.br</a>
SP	Araraquara	Cerest Regional	(16) 3331-6232	(16) 3331-6277	<a href="mailto:cerest@araraquara.sp.gov.br">cerest@araraquara.sp.gov.br</a>
SP	Tupã	Cerest Regional			
SP	Avaré	Cerest Regional	(14) 3732-7811		<a href="mailto:cerest@avare.sp.gov.br">cerest@avare.sp.gov.br</a>
SP	Balatais	Cerest Regional	(16) 3662-2301	(16) 3761-7433	<a href="mailto:cerestbalatais@yahoo.com.br">cerestbalatais@yahoo.com.br</a>
SP	Bauru	Cerest Regional	(14) 3227-4133	(14) 3227-3375	<a href="mailto:crst_saude@bauru.sp.gov.br">crst_saude@bauru.sp.gov.br</a>
SP	Bebedouro	Cerest Regional	(17) 3342-7960	(17) 3344-8180	<a href="mailto:cerest@bebedouro.sp.gov.br">cerest@bebedouro.sp.gov.br</a>
SP	Botucatu	Cerest Regional	(14) 3814-6303	(14) 3813-5714	<a href="mailto:cerest@botucatu.sp.gov.br">cerest@botucatu.sp.gov.br</a>
SP	Campinas	Cerest Regional	(19) 3272-8025	(19) 3272-1292	<a href="mailto:saude.crst@campinas.sp.gov.br">saude.crst@campinas.sp.gov.br</a>
SP	Cruzeiro	Cerest Regional	(12) 3143-7553		<a href="mailto:saude.cerest@cruzeiro.sp.gov.br">saude.cerest@cruzeiro.sp.gov.br</a>
SP	Cubatão	Cerest Regional	(13) 3361-8286	(13) 3362-6363	<a href="mailto:cerestcubatao@gmail.com">cerestcubatao@gmail.com</a>
SP	Diadema	Cerest Regional	(11) 4043-8173	(11) 4043-8176	<a href="mailto:saude.trabalhador@diadema.sp.gov.br">saude.trabalhador@diadema.sp.gov.br</a>
SP	Franca	Cerest Regional	(16) 3727-5922		<a href="mailto:cerest@franca.sp.gov.br">cerest@franca.sp.gov.br</a>
SP	Franco da Rocha	Cerest Regional	(11) 4811-3999		<a href="mailto:cerest@francodarocha.sp.gov.br">cerest@francodarocha.sp.gov.br</a>
SP	Guarulhos	Cerest Regional	(11) 2472-5495	(11) 2472-5492	<a href="mailto:cerestoma@guarulhos.sp.gov.br">cerestoma@guarulhos.sp.gov.br</a>
SP	Ilha Solteira	Cerest Regional	(18) 3742-1899	(18) 3743-6042	<a href="mailto:cerest.ihassolteira@yahoo.com.br">cerest.ihassolteira@yahoo.com.br</a>
SP	Indaiatuba	Cerest Regional	(19) 3835-7265	(19) 3894-4959	<a href="mailto:saude.cerest@indaiatuba.sp.gov.br">saude.cerest@indaiatuba.sp.gov.br</a>
SP	Itapeva	Cerest Regional	(15) 3521-7376		<a href="mailto:cerest@itapeva.sp.gov.br">cerest@itapeva.sp.gov.br</a>
SP	Jundiaí	Cerest Regional	(11) 4521-8666	(11) 4521-1194	<a href="mailto:cerestjundiai@jundiai.sp.gov.br">cerestjundiai@jundiai.sp.gov.br</a>
SP	Marília	Cerest Regional	(14) 3413-4945		<a href="mailto:cerest.marilia@gmail.com">cerest.marilia@gmail.com</a>
SP	Mauá	Cerest Regional	(11) 4555-2444	(11) 4555-8453	<a href="mailto:cerestmsmaua@yahoo.com.br">cerestmsmaua@yahoo.com.br</a>
SP	Osasco	Cerest Regional	(11) 3685-1027	(11) 3681-7662	<a href="mailto:cerestosascor@gmail.com">cerestosascor@gmail.com</a>
SP	Pindamonhangaba	Cerest Regional	(12) 3645-8926		<a href="mailto:crst.saude@pindamonhangaba.sp.gov.br">crst.saude@pindamonhangaba.sp.gov.br</a>
SP	Piracicaba	Cerest Regional	(19) 3417-2030		<a href="mailto:cerestpiracicaba@yahoo.com.br">cerestpiracicaba@yahoo.com.br</a>
SP	Presidente Prudente	Cerest Regional	(18) 3223-7281	(18) 3917-1571	<a href="mailto:cerestpp@presidentepudente.sp.gov.br">cerestpp@presidentepudente.sp.gov.br</a>
SP	Registro	Cerest Regional	(13) 3822-2290	(13) 3821-2812	<a href="mailto:saudedotrabalhador_rgl@yahoo.com.br">saudedotrabalhador_rgl@yahoo.com.br</a>
SP	Ribeirão Preto	Cerest Regional	(16) 3964-6444	(16) 3941-6748	<a href="mailto:cerest@saude.pmrp.com.br">cerest@saude.pmrp.com.br</a>
SP	Rio Claro	Cerest Regional	(19) 3525-2080	(19) 3533-8339	<a href="mailto:crstrioclaro@yahoo.com.br">crstrioclaro@yahoo.com.br</a>
SP	Santo André	Cerest Regional	(11) 4997-3936	(11) 4996-4853	<a href="mailto:silva@santoandre.sp.gov.br">silva@santoandre.sp.gov.br</a>
SP	Santos	Cerest Regional	(13) 3221-7381		<a href="mailto:sevrest@santos.sp.gov.br">sevrest@santos.sp.gov.br</a>
SP	São Bernardo do Campo	Cerest Regional	(11) 4332-0552	(11) 4335-0827	<a href="mailto:saude.trabalhador@saobernardo.sp.gov.br">saude.trabalhador@saobernardo.sp.gov.br</a>
SP	São João da Boa Vista	Cerest Regional	(19) 3633-8273		<a href="mailto:cerestsaojoao@sp.gov.br">cerestsaojoao@sp.gov.br</a>
SP	São José do Rio Preto	Cerest Regional	(17) 3211-9488	(17) 3212-9514	<a href="mailto:saudeotrabalhador.sriopreto@ig.com.br">saudeotrabalhador.sriopreto@ig.com.br</a>
SP	São José dos Campos	Cerest Regional	(12) 3947-8667	(12) 3947-8668	<a href="mailto:crsso@sjc.sp.gov.br">crsso@sjc.sp.gov.br</a>
SP	São Paulo	Cerest Estadual	(11) 3065-4771	(11) 3065-4643	<a href="mailto:dvst@cvs.saude.sp.gov.br">dvst@cvs.saude.sp.gov.br</a>
SP	São Paulo	Cerest Regional	(11) 3976-3474	(11) 3975-0974	<a href="mailto:crstfregues@prefeitura.sp.gov.br">crstfregues@prefeitura.sp.gov.br</a>
SP	São Paulo	Cerest Regional	(11) 2605-0222		<a href="mailto:crst_mof@ig.com.br">crst_mof@ig.com.br</a>
SP	São Paulo	Cerest Regional	(11) 3865-2077	(11) 3864-0382	<a href="mailto:crstlapa@prefeitura.sp.gov.br">crstlapa@prefeitura.sp.gov.br</a>
SP	São Paulo	Cerest Regional	(11) 5523-5382	(11) 5522-5180	<a href="mailto:crst.santoamaro@gmail.com">crst.santoamaro@gmail.com</a>
SP	São Paulo	Cerest Regional	(11) 3241-0418	(11) 3105-5330	<a href="mailto:carlosmarquez@prefeitura.sp.gov.br">carlosmarquez@prefeitura.sp.gov.br</a>
SP	Sorocaba	Cerest Regional	(15) 3202-6700		<a href="mailto:cerest@sorocaba.sp.gov.br">cerest@sorocaba.sp.gov.br</a>
TO	Palmas	Cerest Regional	(63) 3218 5604		<a href="mailto:cerest.palmas.to.semus@gmail.com">cerest.palmas.to.semus@gmail.com</a>
TO	Palmas	Cerest Estadual	(63) 3218-3384	(63) 3218-3291	<a href="mailto:cerest@saude.to.gov.br">cerest@saude.to.gov.br</a>
TO	Araguaína	Cerest Regional	(63) 3413-5304		<a href="mailto:araguaina@cerest.com.br">araguaina@cerest.com.br</a>

## APÊNDICES

### A - ROTEIRO QUESTIONÁRIO

#### Termo de Concordância

Prezada/o psicóloga/o, Este questionário busca obter dados sobre a concepção sobre saúde mental e sobre os instrumentos utilizados por psicólogos que atuam na RENAST. Explicitamos que a sua participação é gratuita e que pode desistir a quaisquer momentos, também informamos que os dados obtidos são confidenciais e que respeitamos assim seu anonimato. A vantagem em participar deste estudo é a de contribuir para uma melhor compreensão sobre a o panorama sobre a caracterização do trabalho do psicólogo nessa área. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato com a pesquisadora Pâmella Batista de Souza, através do endereço e-mail pamella.psi@hotmail.com.

( ) Compreendi as informações e aceito participar pesquisa. A partir da explicação da pesquisadora tive ciência dos objetivos do estudo e da minha forma de participação do mesmo.

#### Questões

##### PARTE 01 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO PARTICIPANTE

- 01 Gênero: ( ) feminino ( ) masculino
- 02 Macrorregião que atua: ( ) Nordeste ( ) Norte ( ) Sul ( ) Centro-Oeste ( ) Sudeste
- 03 Tempo de atuação em saúde do trabalhador  
( ) 6 meses a 1 ano ( ) 1 a 5 anos ( ) Mais de 05 anos

##### PARTE 02 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO SERVIÇO DE ATUAÇÃO

- 04 Tipo de CEREST que atua: ( ) Regional ( ) Municipal ( ) Estadual
- 05 Outros profissionais compõem a sua equipe: ( ) psiquiatra ( ) médico veterinário  
( ) fonoaudiólogo ( ) assistente social ( ) enfermeiro ( ) Outros: \_\_\_\_\_
- 06 O Serviço realiza atividades em saúde mental? ( ) sim ( ) não. Se sim: qual/is?  
\_\_\_\_\_

06.1 Se sim, quais profissionais participam/coordenam? \_\_\_\_\_

- 07 O serviço produz informes com notificações sobre transtornos mentais relacionados a saúde? ( ) sim ( ) não

##### PARTE 03 – INTERVENÇÕES DO PROFISSIONAL

- 08 Você desenvolve seu serviço com a participação de outros profissionais?  
( ) sim ( ) não
- 08.1 Se sim, quais profissionais? ( ) médico ( ) fonoaudiólogo ( ) dentista ( ) fisioterapeuta ( ) farmacêutico  
( ) assistente social. Outro (s): \_\_\_\_\_
- 08.2 Se sim, cite exemplos de atividades que realiza em Saúde Mental com outras profissões:  
\_\_\_\_\_

09) Em seu trabalho você realiza diálogo com outros serviços?

09.1) Se sim, com quais serviços?

10) Quais dessas atividades você realiza no serviço:

psicodiagnóstico  aconselhamento psicológico  psicoterapia  grupos terapêuticos  educação em saúde  psicoterapia breve  encaminhamentos  vigilância  grupos informativos  divulgação e organização de eventos  Notificação de agravos e de situações de risco à saúde dos trabalhadores  triagem  atendimento individual  Outros: \_\_\_\_\_

10.1 Se encaminhamentos, para quais serviços?  UBS  Ambulatório  UPA  CRAS

Hospital  CAPS  Outro: \_\_\_\_\_

10. Existe alguma atividade que você gostaria de realizar no serviço, porém, não consegue?  sim  não

11.1 Se sim, quais seriam essas atividades? \_\_\_\_\_

11.2 Se sim, quais os motivos que o (a) impedem de executar essas atividades?

\_\_\_\_\_

12 Você atua por alguma abordagem psicológica específica?  sim  não

12.1 Se sim, qual?  Analítico-Comportamental  Humanista-Existencial  Psicanálise  Cognitivo-Comportamental  Sócio-histórica  Psicodrama  Outra: \_\_\_\_\_

13 Quais instrumentos você usa para realizar seu trabalho em saúde mental?

testes psicológicos  anamnese  entrevistas  inventários  Outras: \_\_\_\_\_

14 Suas ações são pautadas em protocolos e guias?  sim  não

15) De que forma o tema Saúde do Trabalhador foi abordado em sua graduação? Por qual perspectiva teórica?

16) Em sua opinião, qual é o papel da RENAST?

17 Em sua opinião, o que se deve realizar o serviço em saúde mental do trabalhador?

\_\_\_\_\_

18 Assinale as sentenças com as quais concorda:

- A RENAST deve desenvolver ações em saúde do trabalhador
- A RENAST deve atuar em promoção, prevenção e recuperação da saúde do trabalhador
- A atenção integral à saúde do trabalhador é fundamental
- Os CEREST devem apenas realizar suporte técnico
- Os CEREST deve ser porta de entrada da RENAST
- A existência entre serviços de saúde do trabalhador na saúde pública é fundamental
- A prevenção e promoção na área da Saúde do Trabalhador
- A RENAST atualmente realiza o que é previsto nas leis
- No serviço que atuo é perceptível que a demanda por saúde mental se sobrepõe a demanda sobre saúde física

Para analisar os riscos à saúde mental do trabalhador é preciso um trabalho detalhado como observar questões como atividade realizada, instrumentos utilizados, relações de trabalho, relacionamentos no trabalho.

O aumento dos Transtornos Mentais relacionados ao trabalho é um dado real

A Saúde Mental do trabalhador precisa aumentar o número e qualidade de protocolos e procedimentos

A maioria dos espaços de trabalho atuam como fator de risco a ocorrência de agravos e transtornos mentais relacionados ao trabalho

As interferências na saúde mental do trabalhador são também globais como contratos temporários, condições de trabalho precárias, etc

19 Defina saúde: \_\_\_\_\_

20 Em sua opinião a saúde é interferida por:

fatores biológicos  questões sociais  questões culturais  lazer

alimentação  moradia  renda  educação  atividade física

trabalho  meio ambiente  outro: \_\_\_\_\_

21 Assinale as sentenças com as quais concorda:

a saúde refere-se, unicamente, a questões biológicas e orgânicas

saúde é um completo bem-estar

saúde é a ausência de doenças

Caso queira, acrescente alguma sentença que resume saúde para você

22 Defina saúde mental e sua relação com trabalho: \_\_\_\_\_

23 Assinale as sentenças que considera correta:

Os trabalhadores adoecem psicologicamente devido a fatores individuais (genética e características pessoais)

O nexo causal entre trabalho e saúde mental é possível

Os trabalhadores adoecem psicologicamente devido a fatores organizacionais e sociais (condições de trabalho e questões sociais)

É de responsabilidade do trabalhador lidar com questões e problemas psicológicos relacionados ao trabalho

O trabalho interfere em questões subjetivas do trabalhador

O trabalho possui estressores que afetam a saúde do trabalhador

- ( ) Os trabalhadores reagem de maneiras distintas às condições do trabalho (ex: o mesmo contexto do trabalho pode adoecer psicologicamente um trabalhador e ao outro não que possui maior habilidades emocionais e resiliência)
- ( ) O trabalho media o inconsciente e o meio social
- ( ) Nem todo sofrimento no trabalho causa danos psicológicos ao trabalhador (ex: o trabalhador pode passar por alguma dificuldade e ao sofrer criar defesas para lidar com aquela situação)
- ( ) O Trabalho interfere na saúde mental do trabalhador porém não desencadeia psicopatologias
- ( ) Determinados grupos de trabalhadores são mais atingidos por algumas doenças psicológicas do que outros
- ( ) As doenças psicológicas relacionadas ao trabalho são multicausais e seus determinantes devem ser conhecidos

24 Em sua atuação possui algum anseio? Se sim, qual ou quais?

25) Como você visualiza o futuro da área de atenção à saúde mental do trabalhador no Brasil?

Por gentileza, confira se não deixou nenhuma página em branco.

PARTE 5 – Caso você queira fornecer mais informações sobre os temas deste estudo, gostaria de convidá-lo (a) para uma entrevista a ser realizada também de forma on-line. Por meio dela, seria possível aprofundar questões tratadas nesse questionário. A entrevista prezarão por confidencialidade da identidade dos participantes. Caso aceite participar deixe aqui seu email ou telefone para contato:

---

Muito obrigada pela participação!



**B - ROTEIRO ENTREVISTA**

- Apresentação da pesquisadora

- Explicações sobre a pesquisa: forma de participação, questões éticas

**PARTE 01 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

01 Gênero: ( ) feminino ( ) masculino

02 Estado que atua:

03 Tempo de atuação em saúde do trabalhador

( ) 6 meses a 1 ano ( ) 1 a 5 anos ( ) 5 a 10 anos ( ) mais de 10 anos

**PARTE 02 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DO SERVIÇO DE ATUAÇÃO**

04 Tipo de CEREST que atua: ( ) Regional ( ) Municipal ( ) Estadual ( ) Rural

**QUESTÕES:**

05 Quais atividades mais realiza?

06 Quais situações e demandas mais atendem?

07 Qual o público que você mais atende? Este público tem a ver com as características sociodemográficas de sua região?

08 Você realiza atendimentos? Se sim, em grupos ou individuais?

09 Cite um exemplo de intervenção que você atingiu seu objetivo?

10 Quais protocolos, testes (psicológicos ou não) e inventários mais utiliza? Por quê?

11 Quais materiais teóricos embasam seu trabalho?

12 Quais leis e portarias da RENAST você conhece?

13 Quais habilidades considera de extrema importância para o profissional atuar em saúde mental do trabalhador?

14 Em sua concepção, qual é a função geral do CEREST?

15 O SUS prevê que a saúde deve ocorrer por meio de prevenção, promoção e recuperação. Em quais desses níveis você mais atua? Há algum que não atua?

16 Cite aspectos positivos e negativos que você observa da RENAST.

17 Quais principais facilidades e dificuldades para atuar em saúde mental do trabalhador

18 Cite aspectos positivos e negativos do serviço que atua?

## C - DOCUMENTOS DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

## TERMO DE ASSENTIMENTO

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Saúde Mental, Trabalho e Atuação em Serviços de Saúde do Trabalhador: Concepções e Intervenções De Psicólogos” sob a responsabilidade de Pâmella Batista de Souza e de sua orientadora Suzana da Rosa Tolfó. A pesquisa tem com objetivo compreender as concepções de psicólogos do CEREST sobre saúde, saúde mental e trabalho, além de analisar suas intervenções. Esta pesquisa segue os princípios norteadores da Resolução 510 de 2016 sobre pesquisas com seres humanos. Abaixo, segue explicações sobre a pesquisa.

Ao participar desta pesquisa você irá responder a um questionário on-line, caso aceite responderá também a uma entrevista realizada por vídeo. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a responder o questionário e/ou a entrevista, sem nenhum prejuízo para você. Se caso haja dúvidas em relação o estudo e/ou dos métodos utilizados ou se você não desejar mais fazer parte do mesmo favor entrar em contato – a qualquer momento - pelo telefone 042 99980-6401 ou pelo e-mail pamella.psi@hotmail.com.

O(s) procedimento(s) utilizado(s) (questionário e entrevista) poderá(ão) trazer algum desconforto como falar sobre as práticas do trabalho e sobre revelar procedimentos e técnicas utilizados por você em sua atuação. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo de gerar ansiedade e/ou retraimento frente ao conteúdo das questões, essas questões serão reduzido pela pesquisadora ao prezar pelo anonimato das questões. Se você precisar de algum tratamento, orientação, encaminhamento etc., por se sentir prejudicado por causa da pesquisa (direta ou indireta) ou sofrer algum dano decorrente da mesma, a pesquisadora se responsabiliza por prestar assistência integral, imediata e gratuita e encaminhá-lo a um serviço adequado como de suporte psicológico.

Se identificado quaisquer dano promovidos por conta da pesquisa haverá a garantia de que o (a) sr(a) será ressarcido e também será indenizado, ambos nos termos da Lei, pelo dano causado. Além disto, acrescenta-se que haverá ressarcimento de possíveis gastos decorrentes da sua participação da pesquisa tais como transporte e alimentação.

Os benefícios esperados com o estudo são diretos e indiretos, diretos ao possibilitar a você participante poder relatar sobre sua atuação e assim levantar informações sobre a atuação dos psicólogos nos CEREST e indiretos ao poder contribuir com maiores informações sobre esse cenário ao caracterizar

tais concepções e práticas, os dados obtidos podem instrumentalizar melhor os profissionais da área de saúde do trabalhador e assim balizar a criação de metodologias, ferramentas, protocolos e guias que possam orientar profissionais dos serviços. Desta forma, a pesquisa apresenta possíveis contribuições para a comunidade científica, social e profissional da sua área.

Todas as informações que o(a) Sr.(a) nos fornecer ou que sejam conseguidas pelo questionário ou entrevista serão utilizadas somente para esta pesquisa. Ainda na pesquisa, suas respostas e dados pessoais ficarão em anonimato e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos(as) questionários ou entrevistas, nem quando os resultados forem apresentados, isto é fundamental para garantir a você confidencialidade dos seus dados, bem como respeitar sua privacidade.

Assinaturas:

_____	_____
Pâmella Batista de Souza	Suzana da Rosa Tolfo
Mestranda PPGP/UFSC	Orientadora PPGP/UFSC

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue:

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecido sobre a pesquisa “Saúde Mental, Trabalho e Atuação em Serviços de Saúde do Trabalhador: Concepções e Intervenções De Psicólogos”, bem como tive a possibilidade de esclarecer minhas dúvidas. Após tais procedimentos, declaro que concordo que meus dados sejam utilizados na mesma.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Assinatura:

Rg ou CPF:

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSC (CEPSH). Em caso de reclamações referentes aos aspectos éticos da pesquisa você deve entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) localizado no Prédio Reitoria II (Edifício Santa Clara), R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP 88.040400 ou pelo Fone: (48) 3721-6094, ou ainda pelo endereço eletrônico: cep.propesq@contato.ufsc.br

## D – Carta de anuência



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Programa de Pós Graduação em Psicologia

## CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição Divisão de Vigilância Sanitária do Trabalho e Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador (DVST-Cerest) do Centro de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, no estado São Paulo, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **“SAÚDE MENTAL, TRABALHO E ATUAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE DO TRABALHADOR: CONCEPÇÕES E INTERVENÇÕES DE PSICÓLOGOS”**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

São Paulo, 05/06/2018

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

  
Simone Alves dos Santos  
RG: 21.322-509-4  
Diretora Técnica de Divis.  
DVST/CVS

NOME : SIMONE ALVES DOS SANTOS

CARGO: Diretora da DVST-Cerest/SP e Coordenadora Estadual em Saúde do Trabalhador

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

E - Imagem de divulgação da pesquisa em redes sociais

## **Você é psicólogo e trabalha em CEREST?**

O Núcleo de Estudos de Processos Psicossociais e de Saúde nas Organizações e no Trabalho convida para participar da pesquisa sobre:

### **“Saúde Mental, Trabalho e Atuação em Serviços de Saúde do Trabalhador: Concepções e Intervenções de Psicólogos”**



\* A pesquisa é 100% online e feita pelo seu computador

\* Anonimato de dados

**Coordenadora do NEPPOT:  
Dra. Suzana da Rosa Tolfo**

**Pâmella Batista de Souza  
pamella.psi@hotmail.com  
042 99980-6401**

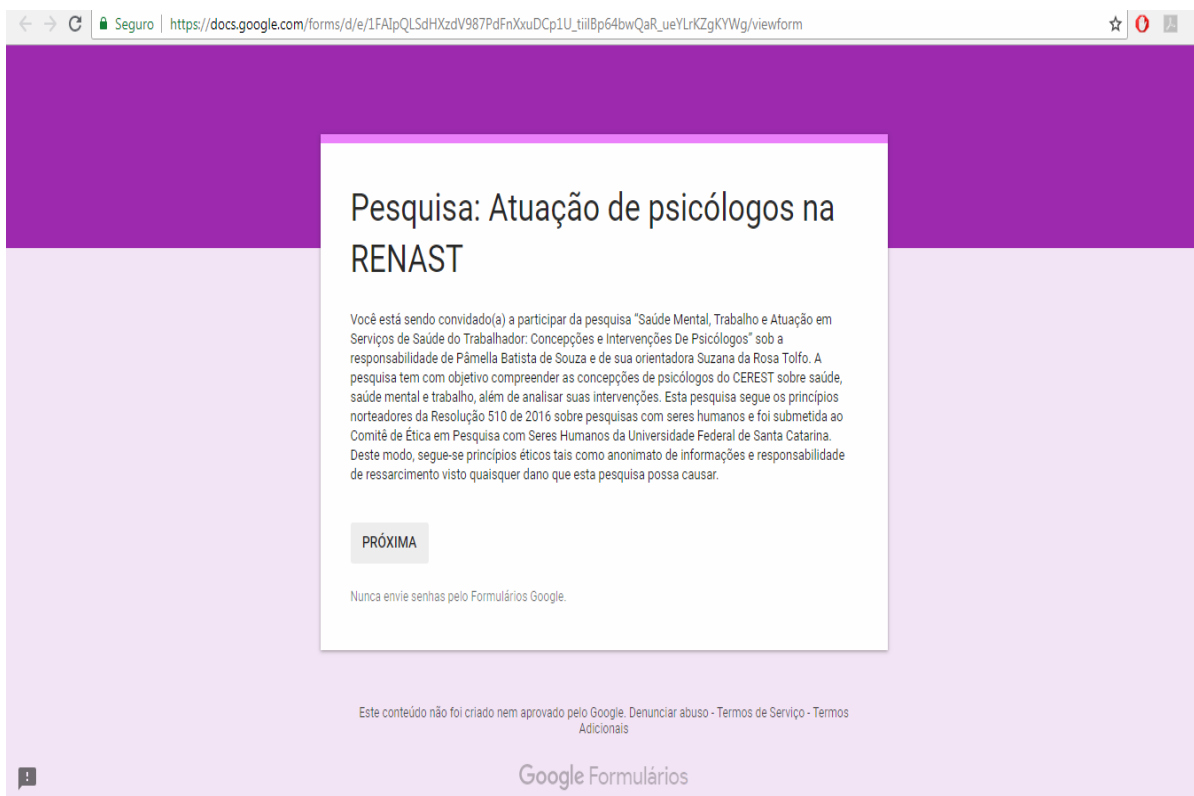


UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE SANTA CATARINA



Núcleo de Estudos de Processos Psicossociais  
e de Saúde nas Organizações e no Trabalho

## E – Explicações éticas sobre a pesquisa – primeira página de acesso ao questionário



← → ↻ Seguro | [https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdHXzdV987PdFnXxuDCp1U\\_tiiIbP64bwQaR\\_ueYlRkZgKYWg/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdHXzdV987PdFnXxuDCp1U_tiiIbP64bwQaR_ueYlRkZgKYWg/viewform) ☆ 0

## Pesquisa: Atuação de psicólogos na RENAST

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "Saúde Mental, Trabalho e Atuação em Serviços de Saúde do Trabalhador: Concepções e Intervenções De Psicólogos" sob a responsabilidade de Pâmella Batista de Souza e de sua orientadora Suzana da Rosa Tolfo. A pesquisa tem como objetivo compreender as concepções de psicólogos do CEREST sobre saúde, saúde mental e trabalho, além de analisar suas intervenções. Esta pesquisa segue os princípios norteadores da Resolução 510 de 2016 sobre pesquisas com seres humanos e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. Deste modo, segue-se princípios éticos tais como anonimato de informações e responsabilidade de ressarcimento visto quaisquer dano que esta pesquisa possa causar.

**PRÓXIMA**

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google. Denunciar abuso - Termos de Serviço - Termos Adicionais

Google Formulários