



Psicologia & Sociedade

ISSN: 0102-7182

ISSN: 1807-0310

Associação Brasileira de Psicologia Social

Cardoso, Mariana de Castro Brandão; Araújo, Tânia Maria de
ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS
AO TRABALHO NAS REGIÕES DO BRASIL

Psicologia & Sociedade, vol. 30, 2018, pp. 1-11
Associação Brasileira de Psicologia Social

DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30163746>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309358414022>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

ATENÇÃO AOS TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO NAS REGIÕES DO BRASIL

ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES RELACIONADO CON EL TRABAJO EN LAS REGIONES DE BRASIL

ATTENTION TO WORK-RELATED MENTAL DISORDERS PER BRAZILIAN REGIONS

<http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30163746>

Mariana de Castro Brandão Cardoso¹ e Tânia Maria de Araújo¹

¹Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana/BA, Brasil

RESUMO

Este estudo descreve as características da atenção à saúde dos trabalhadores com Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) acompanhados pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) por região brasileira. Realizou-se inquérito *on-line*, do qual participaram 161 Cerest (80,1% do total no país). As ações de assistência aos casos suspeitos de TMRT estavam sendo realizadas apenas por 46,9% dos Cerest; entre esses, predominantemente, a própria equipe estabelecia o diagnóstico dos casos (67,8%) e o nexo da sua relação com o trabalho (63,3%). Já os tratamentos aconteciam principalmente nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) (69,9%) e ambulatórios em saúde mental (47,1%); mas apenas 37,8% dos Cerest acompanhavam a evolução desses casos. Os resultados evidenciam a necessidade de incremento e fortalecimento das ações de atenção integral em saúde mental e trabalho, bem como de implementação de políticas públicas que possam garantir e incentivar essas ações, principalmente nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul do país.

Palavras-chave: saúde do trabalhador; saúde mental; Sistema Único de Saúde; transtornos mentais.

RESUMEN

Este estudio describe las características de atención a la salud de los trabajadores con Trastornos Mentales Relacionados con el Trabajo (TMRT) acompañados por los Centros de Referencia en la Salud del Trabajador (Cerest) por región brasileña. Se realizó una encuesta on-line, en la cual participaron 161 Cerest (80,1% del total en el país). Las acciones de asistencia a los casos sospechosos de TMRT estaban siendo realizadas solamente en 46,9% de los Cerest; entre estos, predominantemente, el mismo equipo establecía el diagnóstico de los casos (67,8%) y su nexo laboral (63,3%). Los tratamientos se realizaron principalmente en los Centros de Atención Psicosocial (Caps) (69,9%) y en ambulatorios de salud mental (47,1%); pero apenas el 37,8% de los Cerest acompañaban la evolución del tratamiento de esos casos. Los resultados evidencian la necesidad de incremento y fortalecimiento de las acciones de atención integral en salud mental y trabajo, así como de implementación de políticas públicas que puedan garantizar e incentivar esas acciones, principalmente en las regiones Norte, Centro Oeste y Sur del país.

Palabras clave: salud laboral; salud mental; Sistema Único de Salud; trastornos mentales.

ABSTRACT

The current study describes characteristics of attention to the health of workers with Work-related Mental Disorders (WMD) followed in the Reference Centers for Occupational Health (CEREST) per Brazilian regions. An online survey was conducted and 161 Cerest participated (80.1% of the total in the country). Assistance actions to suspected cases of WMD were being held by only 46.9% of the CERESTs, among them, predominantly, the team itself establishing diagnosis of the cases (67.8%) and linking them to work (63.3%). The treatments were carried out mainly in Psychosocial Care Centers (CAPS) (69.9%) and mental health clinics (47.1%); however, only 37.8% of the CERESTs accompanied the evolution of treatment of these cases. The results highlight the need to increase and strengthen the actions of integral attention in mental health and work, as well as the implementation of public policies that can guarantee and encourage these actions, mainly in the North, Midwest and South regions.

Keywords: Occupational Health; Mental Health; Unified Health System; Mental Disorders.



Introdução

A reestruturação da economia, com mudanças significativas nas relações de emprego e nos processos produtivos, tem gerado um novo perfil de morbimortalidade para os trabalhadores, observando aumento das doenças ocupacionais, como os transtornos mentais (Costa et al., 2013), agravo vinculado de modo mais estreito à organização, processo e ritmo de trabalho. Nesses contextos de trabalho, observam-se intensificação das exposições ocupacionais já habituais, bem como a emergência de exposições decorrentes de novas exigências e demandas, com impacto na saúde física e mental. Este aumento de relevo dos problemas de saúde mental relacionados ao trabalho deve encontrar correspondência com ações e políticas públicas de atenção e cuidado integral aos trabalhadores.

Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) são os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, responsáveis por garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores, articulando ações intra e intersetoriais e oferecer suporte técnico aos serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em ações e projetos que visem à promoção, vigilância e assistência aos trabalhadores (Ministério da Saúde, 2012). A rede de serviços especializada do SUS é essencial para a garantia da atenção integral aos trabalhadores que sofrem de agravos ocupacionais, sendo responsável pelo estabelecimento do diagnóstico, tratamento e reabilitação desses agravos conforme o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde do trabalhador em cada região (Ministério da Saúde, 2012).

Os desafios nesse campo não se referem apenas à oferta de serviços, mas também à análise dos aspectos relacionados tanto ao dimensionamento e distribuição desse problema na população trabalhadora no país quanto aos seus fatores desencadeantes. Em investigação de trabalhos de pós-graduação na área de saúde do trabalhador elaborados entre os anos de 1970 e 2004, a temática saúde mental relacionada ao trabalho representou apenas 5% do total de estudos realizados (Santana, 2006). Recentemente, pesquisas nesse campo vêm crescendo, mas poucas focalizaram a implantação da área de saúde mental e trabalho na Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), sendo encontrada apenas uma pesquisa de abrangência nacional, que contou com a participação de menos de um terço dos Cerest implantados (Bittencourt, Belone, & Merlo, 2014).

Portanto, conhecer as ações realizadas e promovidas pelos serviços de saúde no Brasil, nessa área, com a finalidade de desenvolver avaliações mais

detalhadas do quadro atual, de modo a contribuir para o planejamento de políticas públicas que visem à garantia do cuidado, à promoção e proteção à saúde dos trabalhadores são tarefas de significativa importância. Além disto, considerando a dimensão continental do Brasil, as diferenças e desigualdades entre suas regiões, torna-se importante incluir a avaliação dessas ações com foco na sua distribuição regional, de modo a fornecer diagnóstico sobre a situação atual, as dificuldades e desafios em cada local. Dessa forma, o objetivo deste estudo é identificar as ações relacionadas à atenção à saúde dos trabalhadores com Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador por regiões do Brasil.

Metodologia

Foi realizado um inquérito de cunho descritivo incluindo os Cerest implantados no Brasil. Neste estudo, entre os 210 Cerest habilitados pelo Ministério da Saúde em todo o país, foram excluídos aqueles que não estavam em funcionamento e com os quais não foi possível obter contato por telefone ou endereço eletrônico. Considerando esses critérios de exclusão, a população total do estudo foi composta por 201 Cerest, sendo 26 de abrangência estadual e 175 de abrangência regional ou municipal.

Para a coleta de dados foi construído um questionário estruturado *on-line*, na ferramenta *Google Drive*, intitulado “Os CEREST e as ações em Saúde Mental relacionadas ao trabalho”. Esse foi elaborado de acordo com marco teórico embasado principalmente nos modelos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Ministério da Saúde, 2011) e Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (Ministério da Saúde, 2012). O questionário foi composto por 55 questões, e para este estudo foram selecionadas algumas variáveis e ordenadas em blocos, considerando estrutura do serviço e recursos humanos e as ações desenvolvidas pelos Cerest. A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2014.

A análise, de caráter descritivo, foi realizada por região do país, utilizando medidas de ocorrência, como frequências absolutas e relativas. Foram descritas as características dos Cerest, como estrutura, composição da equipe e as ações na área da atenção à saúde mental dos trabalhadores com suspeita de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil. A análise foi processada por meio dos programas Statistical Package for Social Science (SPSS)® versão 15.0 e Excel®, versão 2013. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de

Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o parecer nº 778.007, respeitando todos os preceitos éticos e legais segundo a Resolução nº 466 de 2012.

Resultados

Do total de 201 Cerest elegíveis para a pesquisa, 161 (80,1%) participaram do inquérito. Entre as perdas (n=40; 19,9%), três (1,5%) foram recusas e as demais (n=37; 18,4%) não retornaram o questionário, mesmo após contatos por e-mail e telefone. Em sua maioria, os respondentes ocupavam cargo de gestão (n=93; 57,8%) ou de psicólogos (n=39; 24,2%).

A taxa de resposta entre os Cerest estaduais foi de 96,2%, sendo de 100% em todas as regiões do país, exceto na região Norte com 85,7%, pois um Cerest não respondeu nessa região. Entre os Cerest regionais, obteve-se uma taxa de respostas de 77,7%, observando-se no Norte, Nordeste e Sudeste os percentuais mais baixos (75,0%); no Sul e Centro-Oeste, foram obtidos os maiores percentuais de participação, de 85,0% a 89,9%.

Quanto à estrutura dos Cerest, foi referido, predominantemente, que estavam em funcionamento entre cinco e oito anos (41,4%), destacando-se as regiões do Sudeste e Nordeste, que registraram mais tempo de implantação, de nove a 12 anos (42,9% e 50,0%). As instalações físicas e materiais permanentes

e equipamentos, em sua maioria, foram consideradas excelentes ou boas (61,3% e 65,2% respectivamente) (Tabela 1).

Os recursos humanos, em geral, eram compatíveis sempre ou frequentemente com as atribuições das legislações (63,9%), mas deixavam a desejar com relação às demandas da área de abrangência (apenas 44,4% referiram compatibilidade sempre ou frequentemente). Entre as regiões, o Centro-Oeste observou percentual expressivo que referiu nunca ou raramente haver compatibilidade da equipe com as atribuições (25,0%) (Tabela 1). Portanto, os dados evidenciam que as equipes atendem ao que está estabelecido na legislação, mas são compatíveis ou insuficientes, considerando as demandas de cada contexto no qual o serviço se insere.

Em todas as regiões, registraram-se percentuais elevados de Cerest com profissionais capacitados para atendimento em saúde mental; as regiões Nordeste e Sudeste se destacaram com percentuais de aproximadamente 75%, e a região Norte na qual apenas 46,7% dos centros tinham esses profissionais. Predominantemente, esses profissionais eram psicólogos (58,4%) e médicos (22,4%), observando-se maior proporção de psicólogos entre os centros da região Norte (100%) e de médicos no Sul (46,2%) (Tabela 01). Nas regiões da área de abrangência dos Cerest, quase todas apresentavam Caps em funcionamento (n=154; 97,5%) e apenas metade apresentava ambulatório em Saúde Mental funcionando (n=88; 56,1%).

Tabela 1: Caracterização dos Cerest segundo abrangência, estrutura, controle social e recursos humanos, por regiões do país. Brasil, 2014

	Brasil		Sul		Sudeste		Centro-oeste		Nordeste		Norte	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abrangência dos Cerest (161)												
Estaduais	25	15,5	3	12,5	4	6,6	4	25,0	8	17,8	6	40,0
Regionais e municipais	136	84,5	21	87,5	57	93,4	12	75,0	37	82,2	9	60,0
Anos de implantação (152)												
0 a 4 anos	19	12,5	6	26,1	4	7,1	4	33,3	2	2,3	3	21,4
5 a 8 anos	63	41,4	10	43,5	19	33,9	6	40,0	22	43,2	6	42,9
9 a 12 anos	59	38,8	6	26,1	24	42,9	5	26,7	19	50,0	5	35,7
Acima de 13 anos	11	7,2	1	4,3	9	16,1	-	-	1	4,5	-	-
Instalações físicas (160)												

Excelente / boa	98	61,3	12	50,0	40	65,6	8	53,3	31	68,9	7	46,7
Regular	47	29,4	8	33,3	17	27,8	4	26,7	10	22,3	8	54,3
Ruim / péssima	15	9,3	4	18,7	4	6,6	3	20,0	4	8,8	-	-
Materiais permanentes e equipamentos (161)												
Excelente / bom	105	65,2	16	66,7	46	75,4	8	50,0	25	55,6	10	46,7
Regular	44	27,3	5	20,8	13	21,3	4	25,0	19	42,2	3	20,0
Ruim / péssimo	12	7,5	3	12,5	2	3,3	4	25,0	1	2,2	2	13,3
Equipe compatível com atribuições da legislação (158)												
Sempre / frequentemente	101	63,9	12	54,5	41	67,2	8	50,0	30	68,2	10	66,7
Às vezes	33	20,9	5	22,7	13	21,3	4	25,0	8	18,2	3	20,0
Nunca / raramente	24	15,2	5	22,7	7	11,5	4	25,0	6	13,6	2	13,3
Equipe compatível com a demanda (160)												
Sempre / frequentemente	71	44,4	9	39,1	34	55,7	8	50,0	16	35,6	4	26,7
Às vezes	52	32,5	6	26,1	16	26,2	6	37,5	18	40,0	6	40,0
Nunca / raramente	37	23,1	8	34,8	11	18,1	2	12,5	11	24,4	5	33,3
Tem profissional capacitado para atendimento em saúde mental (160)												
Sim	109	67,7	13	56,5	46	75,4	9	56,3	34	75,6	7	46,7
Não	51	31,7	10	43,5	15	24,6	7	43,8	11	24,4	8	53,3
Quais são esses profissionais (108)*												
Médico	36	22,4	6	46,2	11	24,4	4	44,4	13	38,2	2	28,6
Psicólogo	94	58,4	11	89,6	40	89,9	8	88,9	28	82,4	7	100,0
Terapeuta ocupacional	13	8,1	3	23,1	5	11,1	-	-	3	8,8	2	28,6
Enfermeiro	24	14,9	3	23,1	7	15,6	3	33,3	11	32,4	-	-
Assistente social	19	17,6	3	23,1	5	8,8	2	13,3	7	16,7	2	28,5
Fisioterapeuta	11	6,8	2	15,4	3	6,7	-	-	5	14,7	1	14,3
Outros**	7	6,5	-	-	2	4,4	-	-	5	14,7	-	-

* Para essas questões foi possível responder a mais de um item, registrando-se múltiplas respostas.

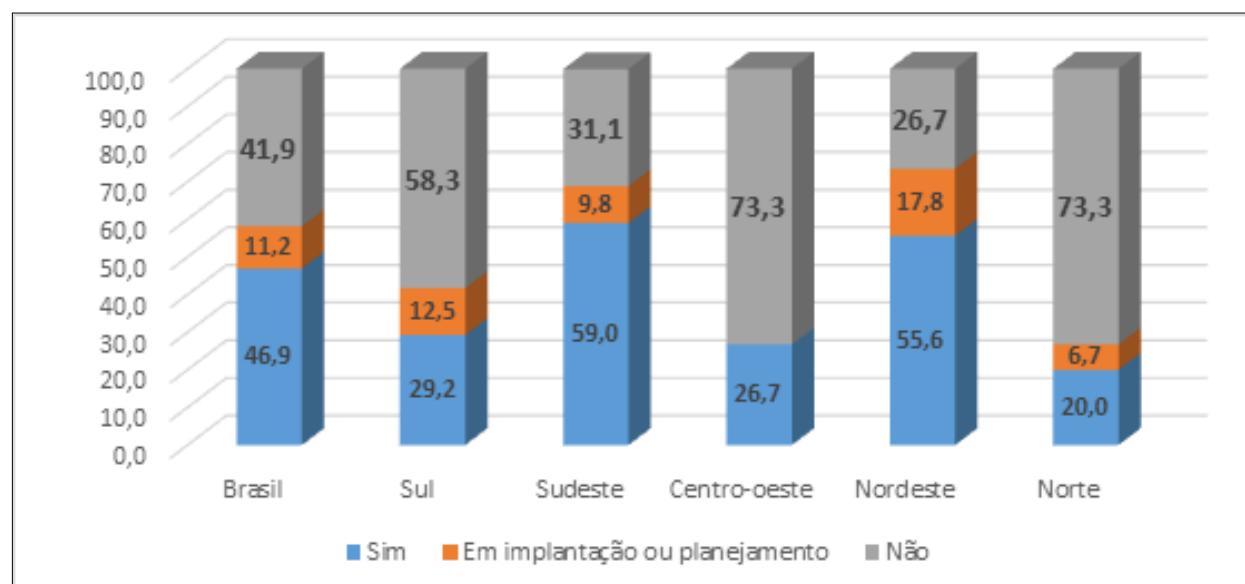
As ações de assistência para estabelecimento de diagnóstico e nexo de casos suspeitos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) não eram realizadas por mais da metade dos Cerest do Brasil (53,1%), sendo que 11,2% (n=18) estavam em fase de implantação ou planejamento e 41,9% (n=67) não realizavam essas ações. Ressalta-se que havia

diferenças expressivas dessas ações entre as regiões: nas regiões Sudeste e Nordeste, pouco mais de 50% realizavam essa ação enquanto que, nas demais regiões, esses percentuais eram ainda mais baixos, entre 30% e 20% (Figura 1). A maioria dos Cerest não utilizava protocolos ou guias de orientações para atendimento ambulatorial desses casos (n=113; 72,4%).

Os encaminhamentos de casos de TMRT para os Cerest eram feitos com frequência semanal ou mensal em 41,5% dos casos, mas 28,0% (n=43) nunca recebiam trabalhadores com suspeitas desses agravos. Os serviços da atenção básica foram os que mais encaminhavam casos (n= 82; 61,7%), seguidos dos sindicatos (n=64; 48,1%) e indicação de outro usuário do Cerest (n=60; 45,1%).

Entre os centros que tinham ambulatórios em saúde mental implantado ou em implantação, a definição do diagnóstico dos casos de TMRT era, em sua maioria, estabelecida pela própria equipe sempre ou frequentemente (65,6%), sendo a região Sudeste aquela com maior proporção (78,0%). Ressalta-se que na região Norte o percentual de resposta nunca ou raramente foi elevado, chegando a 40% (Tabela 2).

Figura 1: Proporção de Cerest que realizam ambulatório em Saúde Mental por região do Brasil, 2014



Quando os Cerest necessitavam de ajuda dos serviços da Rede de Atenção à Saúde para a definição do diagnóstico dos casos de TMRT, a maioria dos profissionais encaminhava para a Rede de Atenção Psicossocial (RAS's), sendo esses: Caps (69,6%); ambulatórios em saúde mental (46,4%) e outros serviços dessa rede (29,5%). Na região Centro-Oeste, todos os Cerest respondentes encaminhavam exclusivamente para os Caps. A região Sudeste foi a única na qual os encaminhamentos para os Caps não predominavam, sendo a maior proporção de encaminhamentos feita para os ambulatórios em saúde mental (66,7%) (Tabela 2).

Em relação ao estabelecimento do nexo dos TMRT com o trabalho, também a maioria era estabelecida sempre ou frequentemente pela equipe do Cerest (63,3%), com destaque para a região Sul (85,7%). Novamente a região Norte se destacou por maior proporção das opções nunca ou raramente

(40%). Os serviços da RAP's também eram os serviços para os quais os profissionais mais encaminhavam os casos de TMRT para auxílio no estabelecimento do nexo, destacando-se os Caps (78,2%), ambulatório de saúde mental (44,8%) ou para outros serviços da rede (29,9%) (Tabela 2).

De acordo com os respondentes, para o tratamento dos TMRT eram feitos encaminhamentos para os Caps (78,2%). Aproximadamente um quarto dos Cerest realizava o tratamento no próprio serviço, sendo essa proporção maior no Sudeste com 42,3% (Tabela 3). Quanto ao acompanhamento da evolução do tratamento pelos profissionais dos Cerest, aproximadamente um terço respondeu que acompanhava sempre ou frequentemente (37,8%), percentual similar aos que relataram nunca ou raramente acompanhar essa evolução (35,8%). (Tabela 3).

Tabela 2: Estabelecimento de diagnóstico e nexo dos casos suspeitos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) acompanhados pelos Cerest, por região do país. Brasil, 2014

	Brasil		Sul		Sudeste		Centro-oeste		Nordeste		Norte	
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnóstico dos casos de TMRT												
<i>Estabelecidos pelos profissionais dos Cerest (90)</i>												
Sempre/ frequentemente	59	67,8	5	71,4	32	78,0	3	75,0	16	51,6	3	60,0
Às vezes	13	14,4	1	14,3	3	7,3	1	11,1	8	25,8	-	-
Nunca / raramente	18	20,0	1	14,3	6	14,6	2	22,2	7	22,6	2	40,0
<i>Quando necessita de ajuda da Rede encaminham para qual serviço (111)*</i>												
Caps	78	69,6	6	60,0	27	56,3	7	100,0	28	77,8	10	100,0
Ambulatório de saúde mental	52	46,4	3	30,0	32	66,7	-	-	17	47,2	-	-
Outro serviço da RAPS	33	29,5	4	40,0	16	33,3	-	-	10	27,8	3	30,0
Para outro Cerest	7	6,3	-	-	3	6,3	-	-	4	11,1	-	-
Atenção básica	3	2,7	1	10,0	2	4,2	-	-	-	-	-	-
Rede particular em Saúde Mental	9	8,0	-	-	6	12,5	-	-	3	8,3	-	-
Outros	6	5,4	3	30,0	2	4,2	-	-	1	2,8	-	-
Nexo dos casos de TMRT com o trabalho												
<i>Estabelecidos pelos profissionais dos Cerest (79)</i>												
Sempre/ frequentemente	50	65,8	6	85,7	29	72,5	3	75,0	19	61,3	3	60,0
Às vezes	14	17,7	-	-	7	17,5	1	11,1	6	19,4	-	-
Nunca / raramente	15	19,0	1	14,3	4	10,0	2	22,2	6	19,4	2	40,0
<i>Quando necessita de ajuda da Rede encaminham para qual serviço (97)*</i>												
Caps	68	78,2	2	28,6	24	61,5	6	100,0	27	77,1	9	90,0
Ambulatório de saúde mental	39	44,8	-	-	24	61,5	-	-	15	42,9	-	-
Outro serviço da RAPS	26	29,9	1	14,3	13	33,3	-	-	9	25,7	3	30,0
Outro Cerest	10	11,5	1	14,3	4	10,3	-	-	4	11,4	1	10,0
Atenção básica	3	3,4	1	14,3	1	2,6	-	-	1	2,9	-	-
Rede particular em Saúde Mental	7	8,0	-	-	3	7,7	-	-	4	11,4	-	-
Outros	6	6,2	3	42,9	2	5,1	-	-	1	2,9	-	-

* Para essas questões foi possível responder a mais de um item, registrando-se múltiplas respostas.

Tabela 3: Aspectos referentes aos tratamentos dos casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT) dos trabalhadores acompanhados pelos Cerest, por regiões do país. Brasil, 2014

	Brasil		Sul		Sudeste		Centro-oeste		Nordeste		Norte	
	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Tratamento dos casos de TMRT são realizados em qual serviço (138)*												
Caps	96	69,6	9	50,0	32	61,5	10	71,4	32	78,0	13	100,0
Ambulatório em saúde mental	65	47,1	5	27,8	35	67,3	2	14,3	20	48,8	3	23,1
Atenção básica	41	29,7	6	33,3	18	34,6	2	14,3	10	24,4	5	38,5
No próprio Cerest	38	27,5	5	27,8	22	42,3	2	14,3	6	14,6	3	23,1
Rede particular em Saúde Mental	22	15,9	1	5,6	10	19,2	2	14,3	8	19,5	1	7,7
Outros	7	5,1	2	11,1	1	1,9	1	7,1	2	4,9	1	7,7
Realiza grupo terapêutico em saúde mental no Cerest (155)												
Sim	29	18,7	3	13,0	16	27,6	-	-	8	18,2	2	13,3
Não	126	81,3	20	87,0	42	72,4	15	100,0	36	81,8	13	86,7
A equipe do Cerest acompanha a evolução do tratamento (148)												
Sempre/ frequentemente	56	37,8	7	35,0	29	50,9	4	28,6	11	26,2	5	33,3
Às vezes	39	26,4	1	5,0	14	24,6	3	21,4	18	42,9	3	20,0
Nunca / raramente	53	35,8	12	60,0	14	24,6	7	50,0	13	31,0	7	46,7

* Para essas questões foi possível responder a mais de um item, registrando-se múltiplas respostas.

Discussão

Os Cerest, em geral, se caracterizaram por terem boas condições de funcionamento: pelo menos cinco anos de implantação, boas instalações físicas e equipes compatíveis com a legislação, mas que vivenciavam dificuldades na compatibilidade com as demandas da sua área de abrangência. Esses dados são condizentes com informações observadas nos inventários da Renast com informações coletadas em 2008-2009 e 2010-2011 (Machado et al., 2013; Ministério da Saúde, 2011, 2013). Esses achados jogam luz sobre a necessidade de se considerar as demandas regionais e locais na composição das equipes dos Cerest e alertam sobre potenciais distorções que a ausência de mecanismos legais que vinculem as equipes a um diagnóstico das necessidades em saúde local podem

produzir. Em geral, as questões são definidas e tratadas em plano nacional em um país continental como é o Brasil. Isto, certamente, é um aspecto que limita e restringe o alcance das ações realizadas, uma vez que as demandas regionais específicas podem não ser consideradas e priorizadas localmente.

Entre as regiões brasileiras, a Sudeste foi aquela que apresentou as melhores condições com relação à estrutura dos Cerest, seguida da região Nordeste. A região Norte foi aquela com condições ainda deficientes em relação aos itens avaliados. É importante destacar que os programas pioneiros, na área de saúde do trabalhador, foram implantados na região Sudeste, com destaque para São Paulo e Minas Gerais, e na região Nordeste, no Estado da Bahia (Nobre, 2011), razão pela qual essas regiões apresentaram mais tempo de funcionamento, o que pode explicar as melhores

condições estruturais. Além disso, é nessas regiões que estão localizadas as maiores proporções da População Economicamente Ativa (PEA) e, consequentemente, o maior número de Cerest implantados. Também é nessas regiões onde se observam níveis de organização sindical mais expressivos, o que pode ter papel relevante na oferta de serviços e na estruturação mais consolidada desses em função da maior pressão e exigências de resposta aos problemas enfrentados pelos trabalhadores.

A incipiente na realização de ações em saúde mental e trabalho observada na maior parte dos aspectos analisados atesta que essa temática ainda é periférica nas ações da Renast ao longo dos mais de dez anos de sua implantação (Bernardo & Gardin, 2011). A maioria dos Cerest do país não realizava atendimento para estabelecimento de diagnóstico e conexão da relação do adoecimento mental com o trabalho. Mas, como a maior parte dos serviços apresentava profissionais capacitados na área, ações nesse âmbito têm bom potencial para expansão; ao menos, já existe uma condição concreta sob a qual se podem articular programas e intervenções.

Destaca-se que, para o alcance da garantia da atenção integral à saúde dos trabalhadores com TMRT, deve haver ações bem-sucedidas em duas áreas programáticas: a Saúde do Trabalhador, representada principalmente pelos Cerest, e a Saúde Mental, composta pelos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, principalmente Caps e ambulatórios especializados.

A saúde mental relacionada ao trabalho é uma interseção dessas duas áreas programáticas, e os profissionais de cada área têm, comumente, visões diferentes sobre o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho. Os profissionais da saúde mental, tradicionalmente, são formados com base numa concepção de sofrimento mental desencadeado por conflitos vivenciados predominantemente na família, na infância ou na sexualidade, sem levar em conta o trabalho como parte dos aspectos centrais na construção da subjetividade do indivíduo ou dos processos de adoecimento mental (Araújo, 2004). Os profissionais da saúde do trabalhador são qualificados para compreenderem o adoecimento como um problema social (Bernardo & Gardin, 2011). Ademais, apesar da ideia de redes de atenção à saúde ser uma proposta promissora, no modelo atual, os mecanismos e estratégias de conexões entre as redes existentes não estão formalmente estabelecidos. Assim, muitas vezes, essas redes não se comunicam, não se entrelaçam em laços complementares – como seria esperado. Portanto, especial atenção deve ser dada à criação de

interlocução e de conexões entre as redes por meio de mecanismos institucionalmente estabelecidos e regulados. Isso permitirá que novas dinâmicas e fluxos sejam estruturados, com potencial significativo de ampliar os resultados positivos obtidos no acolhimento, tratamento, acompanhamento e apoio ao trabalhador com TMRT e de promoção à saúde mental.

O estabelecimento do nexo causal com o trabalho é de extrema importância para a garantia da atenção integral ao trabalhador, tanto em nível individual como coletivo. Para o trabalhador, esse nexo é importante para que tenha diagnóstico correto, prescrição terapêutica adequada (Jacques, 2007) e para que também tenha seus direitos sociais preservados, como a garantia de um ano no emprego. Os profissionais formais que têm reconhecido o seu adoecimento como decorrente do trabalho, o chamado nexo com o trabalho, têm direito a essa estabilidade econômica pelo período de um ano após o retorno ao trabalho da licença por incapacidade laboral na Previdência Social, conforme artigo nº 118 da Lei nº 8.213/91, (Lei n. 8213, 1991). Em nível coletivo, a visibilidade desse problema favorece a elaboração de ações de vigilância em saúde e, consequentemente, a melhoria das condições de trabalho, favorecendo a prevenção de novos adoecimentos (Dias & Hoefel, 2005).

Quanto ao tratamento do adoecimento mental, o presente estudo evidenciou que os encaminhamentos eram feitos, prioritariamente, para os Caps e ambulatórios em saúde mental e, em menor proporção, para a Atenção Básica. Cabe destacar o expressivo número de Cerest que ainda realizava ações de tratamento em seu próprio serviço. Nos anos iniciais de implantação da Renast, não havia um marco claro sobre o papel dos Cerest e o seu escopo de atuação (Leão & Vasconcelos, 2011), o que permitiu a conformação de diferentes modelos, estabelecidos a partir de aspectos específicos presentes na estruturação de cada serviço. Assim, historicamente, alguns Cerest ainda funcionam como porta de entrada de trabalhadores adoecidos, sendo um grande desafio para a estruturação da Renast a desconstrução das ações focalizadas na lógica assistencialista e em modelos de atenção biomédicos, que ainda são predominantes nas concepções das instituições de ensino e no processo de formação dos profissionais de saúde (Santos & Lacaz, 2011).

O fato de um percentual elevado de Cerest ainda manter ações de assistência evidencia que há importantes desafios no estabelecimento de um modelo de práticas voltado à vigilância em saúde do trabalhador, como tem sido destacado em outros estudos (Araújo, Palma, & Araújo, 2017). Um dos principais desafios envolve a formação dos profissionais que ainda mantêm lacunas

importantes na capacitação para atuação na área de saúde do trabalhador (Costa et al., 2013; Ministério da Saúde, 2013), além da falta de estudos e documentos orientadores, contribuindo para que os profissionais se sintam incapazes e despreparados para atender essas novas demandas (Merlo, 2011).

A ausência de orientações mais claras e delimitadas acaba por criar um clima de insegurança na atuação profissional, fazendo com que, em face de novas demandas, sejam utilizadas práticas mais tradicionalmente estabelecidas. Assim, o desafio maior parece ser o de tornar a busca de solução e de procedimentos novos para atender a essas demandas uma vivência coletiva, um movimento compartilhado de construção de respostas e de orientação das práticas a serem adotadas pelo grupo. Portanto, o estabelecimento de consensos para organizar e sistematizar determinados procedimentos pode ser uma alternativa potente para avançar na conquista de um modelo de intervenção estruturado nos princípios da vigilância em saúde do trabalhador.

Nesse sentido, esforços devem ser direcionados, por exemplo, para a construção de um instrumento que sistematize o processo de investigação dos TMRT de forma clara e consistente e que possa dar orientações sobre fluxos e práticas para que os profissionais de saúde possam realizar essas ações (Moura-Neto, 2014). Isso pode ajudar a reduzir as inseguranças tão evidentes nesse campo. Destaca-se que no país, ainda hoje, encontra-se disponível apenas um protocolo ou documento guia específico para saúde mental e trabalho, desenvolvido pela Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador - CESAT do Estado da Bahia (Bahia, 2014). Esse protocolo tem servido de base norteadora para os profissionais de saúde mental e trabalho. Desse modo, ainda não há um documento técnico nacional para auxiliar na notificação dos TMRT – embora esse agravo tenha se tornado de notificação obrigatória em 2004, registrando-se os primeiros casos em 2006 (Merlo, 2011; Moura-Neto, 2014), cerca de 11 anos atrás. Este é, portanto, mais um desafio a ser enfrentado na busca de maior reconhecimento desses agravos no escopo das políticas públicas de saúde.

Importante destacar que, mesmo com a complexidade inerente no estabelecimento dos nexos do agravo com o trabalho, é possível inovações em metodologias que possibilitem avanços nos sistemas de registro e notificação dos agravos ocupacionais. No Brasil, o INSS avançou com a implantação do Nexo Técnico Epidemiológico, metodologia que auxilia os peritos dessa instituição na concessão dos benefícios previdenciários por acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. Para sua viabilização,

foi construído um sistema operacional que realiza cruzamento das informações relativas aos dados ocupacionais e aos agravos à saúde do trabalhador e, quando oportuno, aponta a existência de nexo entre doença e trabalho para que o perito avalie sua fidedignidade (Decreto nº 6042/2007; Teixeira, 2011). Essa metodologia possibilitou avanços significativos no reconhecimento do nexo causal dos agravos à saúde com o trabalho (Teixeira, 2011).

Além de protocolos, ferramentas ou metodologias para o processo de investigação de nexo e diagnóstico dos agravos à saúde mental e trabalho, deve haver um monitoramento dos encaminhamentos realizados pelos Cerest. O fluxo de encaminhamento deve ser acompanhado regularmente, até sua conclusão. Busca ativa dos casos faltosos deve ser realizada, quando necessária (Moura-Neto, 2014). O acompanhamento não tem sido procedimento corrente nas ações dos Cerest. Mesmo para os casos encaminhados para tratamento na Rede de Atenção Psicossocial, não tem sido garantido o seu acompanhamento pelos serviços de saúde do trabalhador. Esse dado também foi observado em estudo que descreveu ações de Cerest na área de saúde mental no Brasil (Bittencourt, Belone, & Merlo, 2014) e no estudo sobre as notificações de TMRT no Sinan, no qual 30% dos registros não descreviam a evolução do caso, o que indicava que os trabalhadores encaminhados para tratamento nos Caps não continuavam sendo acompanhados pelos Cerest (Oliveira, 2014). Esse dado fortalece a necessidade, já apontada, de estabelecimento de fluxos e conexões entre essas duas redes de atenção, a Renast e a RAS.

Como limitação deste estudo, cita-se possível viés de informação. Como o inquérito foi feito por via eletrônica, não permitiu acesso direto da equipe de pesquisa ao serviço investigado. Isso dificulta a avaliação da confiabilidade das informações fornecidas. Apesar disso, os dados obtidos foram concordantes com estudos anteriormente realizados com os mesmos serviços de saúde do trabalhador; portanto, há considerável consistência no que tem sido observado, ainda que inconsistências pontuais sejam registradas. Além dessa limitação, citam-se as desvantagens relativas ao uso de questionário eletrônico: perguntas sem respostas, impossibilidade de ajudar os respondentes em questões mal entendidas e respostas contraditórias. Para minimizar essas desvantagens, às questões estruturadas do questionário foram acrescentadas perguntas abertas com o objetivo de permitir que o respondente fornecesse maiores informações sobre alguns temas específicos, cujas

respostas estruturadas poderiam suscitar dúvidas e contradições. Nesses casos, foi escolhida a resposta condizente com a questão aberta. Adicionalmente, embora tenha havido perda de informação, pode-se dizer que a taxa de resposta neste estudo foi elevada (acima de 70%), contribuindo para que o estudo apresentasse significativa representatividade dos serviços em saúde do trabalhador existentes no país.

Considerações finais

Observou-se que os trabalhadores que sofriam de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho não dispõem ainda da garantia do cuidado integral à sua saúde, destacando-se, principalmente, neste estudo, a falta de serviços qualificados para o estabelecimento de relação desses agravos com o trabalho e acompanhamento desses casos até sua conclusão.

É compreensível que a saúde mental relacionada ao trabalho ainda enfrente obstáculos e dificuldades para a sua implantação efetiva nos Cerest, principalmente em função de sua materialidade não ser tão visível quanto acontece com outros agravos relacionados ao trabalho. As relações entre esse tipo de adoecimento e o trabalho, frequentemente, envolvem uma série de mediadores, o que dificulta ou oculta a visibilidade de tal relação. Portanto, trata-se de um agravio que, de fato, traz novos desafios para o campo de saúde do trabalhador, explicitando a necessidade de incorporação dos elementos subjetivos do trabalho. Assim, cabe reforçar a necessidade de enfrentamento dessas dificuldades, reivindicando-se destaque para essas questões na Renast, considerando especialmente a dimensão desses transtornos como causa de adoecimento, de afastamento do trabalho e de aposentadoria precoce entre os trabalhadores, como tem sido consistentemente apontado na literatura e nas estatísticas oficiais da Previdência Social (Silva-Junior & Fischer; 2014). Destaca-se também a necessidade de atenção especial para ações em saúde mental e trabalho nas regiões Norte, Centro-Oeste e Sul do país, nas quais se observou maior fragilidade dessas ações.

Políticas públicas devem garantir as ações em saúde mental relacionadas ao trabalho em todos os níveis de atenção do SUS, além do fortalecimento das ações intersetoriais entre os Cerest e a Rede de Atenção Psicossocial. É necessário também que novas pesquisas sejam desenvolvidas para a construção de instrumentos e metodologias que auxiliem no fluxo de ações, para o estabelecimento do nexo da relação desse agravio com o trabalho nos serviços de saúde, como também ações de Vigilância em Saúde do Trabalhador na área de saúde mental, pois o

adoecimento relacionado ao trabalho pode ser evitado, prevenido, quando realizadas mudanças nos ambientes de trabalho.

Referências

- Araújo, T. M. (2004). O olhar do sujeito sobre o trabalho que executa: sua percepção sobre os riscos e as tarefas - Um estudo com trabalhadores em telecomunicações. In J. R. Sampaio (Org.), *Qualidade de vida no trabalho e Psicologia Social* (pp. 367-398). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Araújo, T. M. (2011). Revisão de abordagens teóricometodológicas sobre saúde mental e trabalho. In C. Minayo-Gomez, J. M. H. Machado, & P. G. L. Pena (Orgs.), *Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira contemporânea* (pp. 325 – 344). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Araújo, T. M., Palma, T.F., & Araújo, N. C. (2017). Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(10), 3235-3246. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17552017>
- Bahia. (2014). *Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho*. Salvador: CESAT/DIVAST/SESAB.
- Bernardo, M. H. & Garbin, A. C. (2011). A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36(123), 103-117. doi: 10.1590/S0303-76572011000100010
- Bittencourt, L. C., Belome, M.C., & Merlo, A. R. C. (2014). Centros de referência em Saúde do Trabalhador, Sistema Único de Saúde e a saúde mental. In A. R. C. Merlo, C. G. Bottega, & V. K. Perez (Orgs.), *Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtorno psíquicos relacionados ao trabalho* (pp. 228- 243). Porto Alegre: Evangraf.
- Costa, D., Lacaz, F. A. C., Jackson, J. M. & Vilela, R. A. G. (2013). Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(127), 11-21. doi: 10.1590/S0303-76572013000100003
- Decreto 6.042, de 12 de fevereiro de 2007. (2007). Altera o Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, disciplina a aplicação, acompanhamento e avaliação do Fator Acidentário de Prevenção - FAP e do Nexo Técnico Epidemiológico, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6042.htm
- Dias, E. C. & Hoefel, M. G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 817-827. doi:10.1590/S1413-81232005000400007
- Jacques, M. G. (2007). O nexo causal em saúde / doença mental no trabalho: uma demanda para uma psicologia. *Psicologia & Sociedade*, 19(n. spe), 112-119. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000400015&lng=pt_BR&nrm=iso>.
- Leão, L. H. D. C. & Vasconcellos, L. C. F. D. (2011). Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. *Epidemiologia e serviços de saúde*, 20(1), 85-100.
- Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. (1991). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República.

- Recuperado de http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L8213cons.htm
- Machado, J. M. H., Santana, V. S., Campos, A., Ferrite, S., Peres, M. C., Galdino, A. et al. (2013). Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 38(128), 243-256. <https://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200012>
- Merlo, A. R. C. (2011). O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In C. Minayo-Gomez, J. M. H. Machado, & P. G. L. Pena (Orgs.), *Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira contemporânea* (pp. 369-384). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Ministério da Saúde. (2011). *1º Inventário de saúde do trabalhador, 2009*. Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009. Brasília, DF: Autor. Recuperado de: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/invent%C3%A1rio_renast_2009.pdf
- Ministério da Saúde. (2013). *2º Inventário de saúde do trabalhador, 2010-2011*: avaliação da rede nacional de atenção integral em saúde do trabalhador, 2010-2011. Brasília, DF: Autor. Ministério da Saúde. Recuperado de <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Inventario%20RENAST%202010-2011.pdf>
- Moura-Neto, F. D. M. (2014). Experiências de organização de referências para o diagnóstico e investigação da relação causal entre o trabalho e agravos à saúde mental. In A. R. C. Merlo, C. G. Bottega, & V. K. Perez (Orgs.), *Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtorno psíquicos relacionados ao trabalho* (pp. 93-116). Porto Alegre: Evangraf.
- Nobre, L. (2011). A política de Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia. In L. Nobre, P. Pena, & R. Baptista (Orgs.), *A Saúde do Trabalhador na Bahia: História, conquista e desafios* (pp. 25-94). Salvador: Edufba; Sesab; Cesat.
- Oliveira, C. (2014). *Transtornos mentais relacionados ao trabalho, 2006 a 2012*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, BA.
- Portaria n. 1.823, de 23 de agosto de 2012. (2012). Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html
- Santana, V. S. (2006). Saúde do trabalhador no Brasil: pesquisa na pós-graduação. *Revista de Saúde Pública*, 40(n. spe), 101-111. doi:10.1590/S0034-89102006000400015
- Santos, A. P. L. & Lacaz, F. A. C. (2011). Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In C. Minayo-Gomez, J. M. H. Machado, & P. G. L. Pena (Orgs.), *Saúde do trabalhador na sociedade Brasileira contemporânea* (pp. 87-106). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Silva-Junior, J. S. & Fischer, F. M. (2014). Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Revista de Saúde Pública*, 48(1), 186-190. doi: 10.1590/S0034-8910.2014048004802
- Teixeira, E. B. (2011). *Nexo técnico epidemiológico e os benefícios previdenciários por acidentes de trabalho*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidades Federal da Bahia, Salvador, BA.

Submissão: 10/05/2016

Revisões: 11/02/2018

Aceitar: 30/04/2018

Mariana de Castro Brandão Cardoso é graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (2006), mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (2015) e especialista em Epidemiologia em Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal da Bahia (2014). Professora da Faculdade Anísio Teixeira – FAT e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa em Epidemiologia (NEPI) da Universidade Estadual de Feira de Santana. <https://orcid.org/0000-0002-1056-5377>
Endereço: Núcleo de Epidemiologia, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Av. Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, Feira de Santana/BA, Brasil. CEP 44036-900.
E-mail: cardoso_mariana@yahoo.com.br

Tânia Maria de Araújo é graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (1994), doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia (1999) e Pós-doutora na University of Massachusetts (2004). Atualmente, professora titular plena da Universidade Estadual de Feira de Santana, integrante dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (UEFS) e de Saúde, Ambiente e Trabalho (UFBA).

<https://orcid.org/0000-0003-2766-7799>
E-mail: araujo.tania@uefs.br