



Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

ISSN: 0303-7657

rbs@fundacentro.gov.br

Fundação Jorge Duprat Figueiredo de
Segurança e Medicina do Trabalho
Brasil

de Castro Brandão Cardoso, Mariana; de Araújo, Tânia Maria
Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um
inquérito no Brasil

Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, vol. 41, 2016, pp. 1-14
Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=100549989005>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Mariana de Castro Brandão Cardoso^a

Tânia Maria de Araújo^a

Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil

Reference Centers on Worker's Health and actions in mental health: a survey performed in Brazil

^a Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Feira de Santana, BA, Brasil.

Contato:

Mariana de C. B. Cardoso

E-mail:

cardoso_mariana@yahoo.com.br

Trabalho desenvolvido a partir da dissertação de mestrado de Mariana de Castro Brandão Cardoso, intitulada “Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental relacionadas ao trabalho”, defendida em 2015 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade Estadual de Feira de Santana, Bahia.

O trabalho não foi subvencionado.

As autoras declaram não haver conflitos de interesses e que o trabalho não foi apresentado em reunião científica.

Resumo

Introdução: os transtornos mentais atualmente constituem a terceira causa de afastamento do trabalho. **Objetivo:** identificar as principais ações em saúde mental relacionada ao trabalho realizadas pelos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). **Metodologia:** estudo descritivo com uso de inquérito *on-line* realizado com os CEREST em atuação no Brasil em 2014. **Resultados:** Participaram 80,1% (n = 161) dos CEREST elegíveis para o estudo. A maioria (87,5%) tinha mais de cinco anos de funcionamento, 89,2% eram geridos com recursos da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast), 61,3% tinham boa estrutura física, e 67,7% tinham profissionais capacitados para atendimento em saúde mental. Contudo, 63,5% não contavam com controle social atuante, apenas 46,9% faziam atendimento ambulatorial, 47,8% desenvolviam ações de educação em saúde nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 40,9% realizavam ações de apoio matricial, 18,7% contavam com grupo terapêutico, 35,5% desenvolviam ações informativas frequentes, 53,2% realizaram inspeção em ambientes de trabalho e 58,8% fizeram o registro sistemático de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Conclusão:** observou-se que as ações na área de saúde mental relacionadas ao trabalho realizadas pelos CEREST ainda são incipientes.

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

Abstract

Introduction: nowadays mental disorders constitute the third cause for workers' leave. **Objective:** to identify main initiatives in work-related mental health carried out by Workers' Health Reference Centers (CEREST). **Methodology:** descriptive study using online survey conducted with CERESTs in Brazil in 2014. **Results:** 80.1% (n = 161) of the eligible CERESTs took part in this study. Most of them (87.5%) were operating for more than five years, 89.2% were managed with resources from the National Network of Integral Attention in Occupational Health (Renast), 61.3% had good infrastructure and 67.7% had trained staff in mental health care. However, 63.5% did not have social control, only 46.9% provided ambulatory care, 47.8% developed health education activities in Psychosocial Attention Center (CAPS), 40.9% carried out matrix support initiatives, 18.7% had a therapeutic group, 35.5% developed constantly informative activities, 53.2% carried out work environment inspections and 58.8% made a systematic record work-related mental disorders cases in the Notifiable Diseases Information System (SINAN). **Conclusion:** we observed that work-related mental health initiatives carried out by CERESTs are still incipient.

Keywords: occupational health; mental health; Brazilian Unified Health System; mental disorders.

Recebido: 15/06/2015

Revisado: 27/10/2015

Aprovado: 23/11/2015

Introdução

Atualmente, no mundo, a forma de adoecer e morrer dos trabalhadores sofreu transformações decorrentes da reestruturação da economia e dos modelos de produção e de gestão do trabalho¹. Segundo o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), o número de acidentes de trabalho no Brasil apresentou redução de 7,2% entre os anos de 2008 e 2010, entretanto, os transtornos mentais e comportamentais não acompanharam essa tendência, observando-se elevação de 0,3% ao ano de novas concessões, representando 7,1% no valor dos gastos com novos auxílios-doença². Os transtornos mentais constituem a terceira causa de afastamentos do trabalho por auxílio-doença no INSS, com incidência média anual de 9,3% ou 34,9/10.000 segurados, sendo 6,2% desses decorrentes do trabalho³.

As condições de trabalho da população, como fatores determinantes do processo saúde-doença, estão sendo reconhecidas e incluídas pelas políticas públicas de saúde do Brasil desde a década de 1980, com a reforma sanitária, a Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990⁴⁻⁶.

O fortalecimento do campo da saúde do trabalhador no SUS ocorreu no ano de 2002, com a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhado (Renast), por meio da Portaria GM/MS nº 1.679⁷, cuja finalidade era implementar políticas públicas para a promoção, vigilância e assistência, principalmente por intermédio dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Os CEREST têm a responsabilidade de atuar como centros articuladores das ações intra e intersetoriais em saúde do trabalhador em sua área de abrangência, assumindo funções de suporte técnico em ações que visem à saúde dos trabalhadores e ao apoio matricial aos serviços da Rede de Atenção à Saúde no SUS⁸⁻¹⁰. Esses centros são classificados conforme a abrangência: estadual, regional e municipal. Somente o estado de Sergipe, que não tem um centro de abrangência estadual devido a seu modo de configuração da estrutura da saúde do trabalhador.

A expansão dos CEREST no Brasil ocorreu entre 2002 e 2012, sendo que neste último ano havia 210 centros habilitados em todo o país, difundidos conforme a distribuição da população economicamente ativa (PEA). A População Economicamente Ativa e Ocupada no ano de 2010 correspondeu a 86.353.839 trabalhadores, entre formais e informais, distribuída entre as regiões do país: 38.111.800 no Sudeste (44,1%), 20.854.301 no Nordeste (24,2%), 14.249.772 no Sul (16,5%), 6.875.625 no Centro-Oeste (8,0%)

e 6.262.341 no Norte (7,2%)¹¹. A cobertura dos CEREST regionais e municipais, em 2010, atingiu 82,5% da PEA do país¹².

Em mais de dez anos de implantação, os CEREST têm gradualmente conquistado avanços no SUS, mas ainda são tímidos em algumas áreas específicas, como na saúde mental relacionada ao trabalho, tanto na concretização das ações como nas políticas públicas específicas e construção de instrumentos ou protocolos orientadores¹³⁻¹⁵.

Estudos a respeito de saúde mental e trabalho discutem a complexidade das ações nessa área, destacando pontos relevantes para reflexão: ausência de protocolos ou guias que orientem os profissionais na realização de ações; falta de profissionais capacitados; complexidade do estabelecimento do vínculo entre o transtorno mental e o trabalho; falta de garantia da assistência integral aos trabalhadores acometidos por sofrimento mental relacionado ao trabalho e invisibilidade desses casos devido à subnotificação nos sistemas de informação em saúde^{13,14,16-23}.

A Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador promoveu dois inquéritos, nos períodos de 2008-2009 e 2010-2011, chamados de “1º e 2º Inventários de Saúde do Trabalhador: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador”, que contemplam as condições físicas, organizacionais, de recursos humanos e ações realizadas dos CEREST implantados no Brasil^{6,24}. Entretanto, não foi possível encontrar estudos que possibilitem conhecer o perfil das ações, na área de saúde mental e trabalho, realizadas por esses serviços no país.

Diante do exposto, pode-se destacar que, em função da magnitude dos transtornos mentais relacionados ao trabalho na atualidade e das dificuldades já identificadas com relação às ações de atenção à saúde do trabalhador, a questão da saúde mental dos trabalhadores é uma das demandas mais urgentes para os serviços de saúde dos trabalhadores. Desse modo, torna-se importante produzir informações que evidenciem as práticas dos CEREST nessa área, possibilitando contribuir com a construção de programas e políticas públicas efetivas. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi identificar as principais ações realizadas na área de saúde mental relacionada ao trabalho pelos CEREST implantados no Brasil.

Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo por meio de inquérito on-line incluindo os CEREST estaduais, regionais e municipais do país. No Brasil, em 2014, estavam habilitados pelo Ministério da Saúde 210 centros. No entanto, apesar de habilitados, cinco

desses não tinham iniciado seu funcionamento até a coleta de dados e foram considerados não elegíveis para este estudo. Além desse critério de exclusão, foram também excluídos os centros para os quais não foi possível obter contato por telefone ou endereço eletrônico (n=4).

Considerando, assim, os critérios de exclusão, a população total elegível para o estudo foi constituída por 201 CEREST, sendo 26 de abrangência estadual e 175 de abrangência regional ou municipal, distribuídos entre as regiões da seguinte forma: Norte, com 7 CEREST estaduais e 12 regionais e municipais; Nordeste, com 8 estaduais e 47 regionais e municipais; Centro-Oeste, com 4 estaduais e 14 regionais e municipais; Sudeste, com 4 estaduais e 76 regionais e municipais e Sul, com 3 estaduais e 26 regionais e municipais. Do total da população elegível (n=201), 161 CEREST participaram do estudo, representando, assim, uma taxa de resposta global de 80,1%.

Instrumento de pesquisa

As informações foram coletadas por meio de questionário estruturado intitulado “Os CEREST e as ações em Saúde Mental relacionadas ao trabalho”. O conteúdo do questionário foi elaborado considerando o modelo de atenção da Renast²⁵, a Rede de Atenção Psicossocial²⁶ e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT)¹⁰. No processo de elaboração do questionário foram inseridas questões que constavam do “1º Inventário de Saúde do Trabalhador, 2009: Avaliação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador, 2008-2009”²⁴, de modo a viabilizar a comparação dos resultados dos inventários realizados com os dados coletados nesta pesquisa.

Para a construção do questionário e coleta dos dados foi utilizada a ferramenta *Google Drive*, um serviço de armazenamento e sincronização de arquivos, que foi escolhida por ser gratuita, de domínio público e de fácil acesso e manejo para o pesquisador e respondente.

O questionário foi composto por 55 questões divididas em três blocos, sendo estes: (I) dados de identificação, (II) nível organizacional e (III) ações desenvolvidas.

Neste estudo, no bloco I e II foram avaliadas questões relacionadas à estrutura do serviço: 1) estado a que o CEREST pertence; 2) abrangência: estadual, regional e municipal, em que as duas últimas foram agrupadas por terem características de estrutura e cobertura de PEA próximas; assim, foram definidos como CEREST regionais os centros de abrangência regional e municipal; 3) cargo do respondente: cargo de gestão (coordenadores,

diretores e gerentes), psicólogo e outros (incluindo médico, fisioterapeuta, enfermeiro e outros); 4) anos de implantação; 5) fonte dos recursos financeiros recebidos; 6) existência de conselho gestor atuante; 7) possui Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST) atuante; 8) avaliação das instalações físicas; 9) avaliação dos materiais permanentes e equipamentos.

Com relação aos recursos humanos foram incluídas variáveis, presentes no bloco II, que avaliaram: 1) se a equipe era compatível com a demanda; 2) se a equipe era compatível com o exercício das atribuições segundo a legislação vigente; 3) quais os profissionais que compunham a equipe atual do serviço; 4) existência de profissional capacitado para atendimento em saúde mental; 5) se sim, qual sua categoria profissional; 6) quais dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial existem na área de abrangência do CEREST.

No bloco III, referente às ações desenvolvidas, foram incluídas variáveis referentes a: 1) atenção à saúde dos trabalhadores e apoio matricial: a) atendimento ambulatorial para os agravos a saúde dos trabalhadores; b) atendimento ambulatorial para avaliação diagnóstica e nexo de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT); c) encaminhamento para tratamento dos TMRT em qual serviço; d) educação permanente em saúde do trabalhador no CAPS; e) educação permanente em serviço de ambulatório de saúde mental; f) ações informativas para trabalhadores em geral sobre saúde mental e trabalho; g) garantia de apoio matricial em ações de saúde mental para a rede do SUS; h) se sim, para qual serviço; i) participação ou realização de alguma pesquisa em saúde mental e trabalho; 2) vigilância em saúde do trabalhador: a) realização de inspeções em ambientes de trabalho para investigação de exposição a riscos psicosociais ocupacionais; b) notificação de casos de TMRT no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); c) quais serviços estão capacitados para notificar TMRT; d) existência de serviços que realizam notificações de TMRT; e) realização de divulgação de dados por meio de boletins ou informes com dados de TMRT no SINAN.

O questionário foi avaliado por profissionais experientes da área de saúde do trabalhador, e foi realizado o pré-teste do instrumento para se verificar o nível de compreensão e adequação das questões.

Coleta de dados

A coleta de dados foi feita utilizando um questionário virtual e ocorreu no período de outubro a dezembro de 2014. O primeiro contato com os profissionais dos CEREST foi feito por meio de

correspondência eletrônica, informando o objetivo da pesquisa e os convidando para participar, sendo solicitado o preenchimento do questionário na plataforma, cujo *link* de acesso estava presente no corpo do e-mail. Foi orientado, também, quanto ao preenchimento do questionário: deveria ser realizado apenas uma vez por serviço, por se tratar de dados institucionais, e ser, preferencialmente, respondido pelo coordenador ou profissional de referência em ações de saúde mental.

Após três tentativas de contato eletrônico sem nenhum retorno foi realizado contato telefônico para confirmação de recebimento e leitura de e-mail, oferecimento de informações sobre a pesquisa e sensibilização para a participação dos profissionais dos CEREST. As correspondências eletrônicas foram enviadas para os endereços institucionais de cada serviço e os contatos telefônicos foram feitos prioritariamente com os coordenadores dos CEREST; quando não foi possível adotar esse procedimento, o contato era feito, preferencialmente, com profissionais da equipe que trabalhavam na área de saúde mental.

Análise dos dados

A análise foi realizada separadamente para CEREST estaduais e regionais, pois esses serviços se diferenciam em relação ao nível de complexidade organizativa e de ações. Foram utilizadas medidas de ocorrência, como frequências absolutas e relativas.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, na qual foram investigadas as características dos serviços, sua estrutura, composição das equipes e as principais ações com relação à atenção e assistência em saúde mental.

Aspectos éticos

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 estabelecidos na Resolução nº 466/2012.

Resultados

Estrutura e recursos humanos

Das 201 unidades estaduais ou regionais elegíveis para o estudo, houve 161 respostas (80,1%). Entre as perdas (n=40; 19,9%), três (1,5%) foram recusas e os demais (n=37; 18,4%) não participaram da pesquisa mesmo após contatos por e-mail e telefone. Considerando a distribuição dos retornos obtidos,

observou-se uma representação proporcional de todas as regiões do Brasil maior ou igual a 75%; apenas um estado da região Norte não teve participação na pesquisa. Predominantemente, 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%; assim, em todas as regiões do país se obteve 100% de respostas, exceto na região Norte que registrou participação de 85,7%, uma vez que não houve resposta de um serviço nesta região, como já mencionado no parágrafo anterior. Entre os CEREST regionais obteve-se uma taxa de 77,7% de respostas, com variações entre as regiões: Norte e Sudeste apresentaram os percentuais mais baixos (75,0%), junto com o Nordeste (78,7%), já as melhores taxas de respostas foram obtidas pelas regiões Sul (80,8%) e Centro-Oeste (85,7%).

Entre as características de estrutura dos CEREST estaduais, o tempo de funcionamento de maior percentual ficou na faixa de 9 a 12 anos (71,4%); já entre os CEREST regionais houve percentuais expressivos na faixa de 5 a 8 anos (45,8%) e na de 9 a 12 anos de funcionamento (33,6%) (**Tabela 1**). A estrutura física foi avaliada como excelente ou boa para 56,0% dos centros estaduais e 62,2% dos regionais. A avaliação dos materiais permanentes e equipamentos foi considerada excelente ou boa para aproximadamente 65,0% dos centros estaduais e dos regionais (**Tabela 1**).

Quando questionados sobre os recursos financeiros usados para gerir o serviço, os oriundos do Fundo Nacional da Saúde da Renast foram apontados por 80,0% dos centros estaduais e por 91,0% dos regionais, seguido de 52,0% que relataram usar recursos da Secretaria Estadual de Saúde, entre os centros estaduais, e 31,6% que utilizavam recursos das Secretarias Municipais de Saúde entre os CEREST regionais (**Tabela 1**).

Em relação ao controle social, os CEREST estaduais referiram que 79,2% não tinham conselho gestor atuante, mas em 86,4% dos municípios havia Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador (CIST) atuante. Entre os serviços regionais, 60,7% não tinham conselho gestor atuante e 46,7% informaram ter CIST em funcionamento (**Tabela 1**).

Quanto aos recursos humanos, a categoria enfermeiro foi aquela com maior frequência entre as profissões que faziam parte dos profissionais dos serviços de abrangência estadual (96,0%) e regional (86,8%), seguida pelos médicos do trabalho (percentual de 76,0% e 70,6%, respectivamente). Quando questionado aos respondentes sobre sua avaliação em relação à compatibilidade da equipe profissional com o exercício das atribuições do

serviço, conforme a legislação vigente, a maioria descreveu que era sempre ou frequentemente compatível, com percentuais de 62%. Contudo, na avaliação da equipe em relação à demanda da área de abrangência, essas proporções baixaram significativamente entre os estaduais (45,9%) e regionais (44,1%) (**Tabela 2**).

Pouco mais da metade dos CEREST estaduais (60,0%) e regionais (69,6%) informaram ter profissionais capacitados para atendimento na área de saúde mental, sendo na maioria psicólogos e médicos, tanto nos centros estaduais (80,0% e 46,7%) quanto regionais (88,2% e 31,2%) (**Tabela 2**).

Quanto aos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, na área de abrangência dos CEREST,

a quase totalidade tinha CAPS instalado (n=155, 97,5%); 76,1% (n=121) tinham CAPS Álcool e Drogas e 55,6% (n=88) ambulatórios em saúde mental; 39,6% (n=63) hospitais psiquiátricos e 12,5% (n=20) outros serviços (dados não apresentados em tabela).

Ações desenvolvidas

Em relação às ações realizadas na assistência aos trabalhadores, entre os CEREST estaduais, 8 (32,0%) referiram possuir ambulatório para diagnóstico e nexo de agravos em geral na saúde do trabalhador; entre os regionais, 93 (68,4%) relataram realizar essa ação (dados não apresentados em tabela).

Tabela 1 Caracterização da estrutura dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador estaduais e regionais. Brasil, 2014

Características (N)	Total		Estaduais		Regionais	
	N	%	n	%	n	%
Anos de implantação (152)						
0 a 4 anos	19	12,5	-	-	19	14,5
5 a 8 anos	63	41,4	3	14,3	60	45,8
9 a 12 anos	59	38,8	15	71,4	44	33,6
Acima de 13 anos	11	7,3	3	14,3	8	6,1
Instalações físicas (160)						
Excelente / boa	98	61,3	14	56,0	84	62,2
Regular	47	29,4	7	28,0	40	29,6
Ruim / péssima	15	9,3	4	16,0	11	8,2
Materiais permanentes e equipamentos (161)						
Excelente / bom	105	65,2	16	64,0	89	65,4
Regular	44	27,3	6	24,0	38	27,9
Ruim / péssimo	12	7,5	3	12,0	9	6,7
Recursos financeiros (158)*						
Renast	141	89,2	20	80,0	121	91,0
Secretaria Estadual de Saúde	26	16,4	13	52,0	13	9,8
Secretaria Municipal de Saúde	42	26,5	-	-	42	31,6
Outros	17	10,7	3	12,0	14	11,2
Conselho gestor atuante (159)						
Sim	39	24,6	3	12,5	36	26,7
Em planejamento ou implantação	19	11,9	2	8,3	17	12,6
Não	101	63,5	19	79,2	82	60,7
CIST atuante (157)						
Sim	82	52,2	19	86,4	63	46,7
Em planejamento ou implantação	49	31,2	2	9,1	47	34,8
Não	26	16,6	1	4,5	25	18,5

*Para essa questão foi possível indicar mais de uma resposta, registrando-se múltiplas respostas. Portanto, os percentuais totalizam mais de 100%.

Tabela 2 Distribuição dos recursos humanos dos Centros de Referencias em Saúde do Trabalhador estaduais e regionais. Brasil, 2014

Características (N)	Total		Estaduais		Regionais	
	N	%	n	%	n	%
Profissionais que compõem a equipe (161)*						
Auxiliar administrativo	113	70,2	18	72,0	95	69,9
Motorista	93	57,8	16	64,0	77	56,6
Técnico em enfermagem	107	66,5	20	80,0	87	64,0
Técnico em segurança do trabalho	91	56,5	10	40,0	81	59,6
Enfermeiro	142	88,2	24	96,0	118	86,8
Assistente social	92	57,1	18	72,0	74	54,4
Fisioterapeuta	108	67,1	16	64,0	92	67,6
Psicólogo	102	63,4	16	64,0	86	63,2
Médico do trabalho	115	71,4	19	76,0	96	70,6
Médico clínico geral	42	26,1	6	24,0	36	26,5
Médico psiquiatra	6	3,7	2	8,0	4	2,9
Sanitarista	25	15,5	17	28,0	18	13,2
Engenheiro	44	27,3	11	44,0	33	24,2
Outros	58	36,0	14	53,8	44	32,3
A equipe é compatível com o exercício das atribuições conforme a legislação vigente (158)						
Sempre / frequentemente	99	62,6	15	62,5	84	62,7
Às vezes	34	21,6	6	25,0	28	20,9
Raramente / nunca	25	15,8	3	12,5	22	16,4
A equipe é compatível com a demanda (160)						
Sempre / frequentemente	71	44,4	11	45,9	60	44,1
Às vezes	52	32,5	8	33,3	44	32,4
Raramente / nunca	37	23,1	5	20,8	32	23,5
Conta com profissional capacitado para atendimento em saúde mental (160)						
Sim	109	68,3	15	60,0	94	69,6
Não	51	31,7	10	40,0	41	30,4
Quais são esses profissionais (108)*						
Médico	36	33,3	7	46,7	29	31,2
Psicólogo	94	87,1	12	80,0	82	88,2
Terapeuta ocupacional	13	12,0	4	26,7	9	9,7
Enfermeiro	24	22,2	5	33,3	19	20,4
Assistente social	19	17,6	6	40,0	13	13,4
Fisioterapeuta	11	10,1	2	13,3	9	9,7
Outro**	8	7,4	1	6,7	7	7,5

*Para essas questões foi possível indicar mais de um item, registrando-se múltiplas respostas. Portanto os percentuais totalizam mais de 100%.

**Foram incluídas categorias com pequeno número de respostas: agrônomo, biólogo, médico com outra especialidade clínica, médico com especialização na área da saúde coletiva e sanitarista em saúde do trabalhador.

Na área da atenção à saúde do trabalhador, 20,0% dos centros estaduais realizavam ambulatório em saúde mental para avaliação diagnóstica e nexo da relação do sofrimento mental com o trabalho. Entre os regionais, esse percentual subiu para

51,9% (**Tabela 3**). Quando analisadas as informações somente entre os centros que tinham equipe capacitada para atendimento em saúde mental, o percentual dos CEREST de âmbito estadual continuou em 20,0%, mas entre os regionais aumentou para 76,3%.

Tabela 3 Ações em saúde mental realizadas pelos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador estaduais e regionais, nas áreas da atenção à saúde dos trabalhadores e apoio matricial. Brasil, 2014

Ações (N)	Total		Estaduais		Regionais	
	N	%	n	%	n	%
Atenção à saúde dos trabalhadores						
Realiza atendimento em saúde mental para avaliação diagnóstica e nexo com o trabalho dos TMRT* (160)						
Sim	75	46,9	5	20,0	70	51,9
Em planejamento ou implantação	18	11,2	3	12,0	15	11,1
Não	67	41,9	17	68,0	50	37,0
Para tratamento dos TMRT* os trabalhadores são encaminhados para qual serviço (135)**						
CAPS	96	71,1	12	70,5	84	71,2
Ambulatório de saúde mental da rede do SUS	65	48,1	6	35,2	59	50,0
Atenção básica	41	30,3	5	29,4	36	30,5
No CEREST	38	28,1	4	23,5	34	28,8
Serviços particulares de saúde mental	22	16,3	4	23,5	18	15,2
Outros	6	4,4	2	11,7	4	3,3
Realiza ações ou campanhas informativas sobre a Saúde Mental e Trabalho para os trabalhadores em geral (158)						
Sempre / frequentemente	56	35,5	11	44,0	45	33,8
Às vezes	57	36,0	7	28,0	50	37,6
Nunca / raramente	45	28,5	7	28,0	38	28,6
Realiza educação permanente em Saúde do Trabalhador nos CAPS (138)						
Sim	66	47,8	9	42,9	57	48,7
Não	72	52,2	12	57,1	60	51,3
Realiza educação permanente em Saúde do Trabalhador nos ambulatórios em Saúde Mental (138)						
Sim	36	26,0	4	19,1	32	27,3
Não	102	74,0	17	80,9	85	72,7
Apoio matricial em Saúde Mental						
Garante apoio matricial em Saúde Mental e Trabalho para serviços do SUS (159)						
Sim	65	40,9	11	45,8	54	40,0
Em planejamento ou implantação	45	28,3	5	20,8	40	29,6
Não	49	30,8	8	33,4	41	30,4
Em quais serviços (82)**						
CAPS	51	62,6	6	50,0	45	64,3
Rede de ambulatório em Saúde Mental	31	37,3	4	33,3	27	38,0
Serviços da atenção básica	74	90,2	7	58,3	67	95,7
Serviços de urgência e emergência	39	47,6	4	33,3	35	50,0

*TMRT = Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

**Para essas questões foi possível indicar mais de um item, registrando-se múltiplas respostas. Portanto os percentuais totalizam mais de 100%.

Os trabalhadores com TMRT eram encaminhados pelos CEREST para realizar tratamento nos seguintes serviços: CAPS (70,5% dos CEREST estaduais e 71,2% dos regionais), ambulatório em saúde mental da Rede de Atenção do SUS (35,2% dos estaduais e 50,0% dos regionais) e na atenção básica (aproximadamente 30% de todos os CEREST). O tratamento dos casos de TMRT era realizado pelo CEREST, em seus próprios serviços, em 23,5% dos centros estaduais e 28,8% dos regionais (**Tabela 3**).

As ações informativas na área de saúde mental e trabalho para os trabalhadores em geral eram realizadas sempre ou frequentemente em 44,0% dos centros estaduais; entre os centros regionais, a maior taxa de resposta encontrada foi a de regularidade às vezes (37,6%), indicando que tanto nos centros estaduais quanto regionais essas ações não eram frequentemente desenvolvidas.

A educação permanente em saúde do trabalhador nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial apresentaram os seguintes percentuais entre os CEREST estaduais e regionais: CAPS, 42,9% e 48,7%, respectivamente, e em ambulatórios em saúde mental, 19,1% e 27,3% (**Tabela 3**). Entre os centros estaduais, 16,0% realizavam ou participavam de pesquisa na área de saúde mental, percentual menor do que entre os centros de abrangência regional (12,5%).

O apoio matricial em saúde do trabalhador foi realizado, na área de saúde mental, por 45,8% dos CEREST estaduais e 40,0% dos regionais, principalmente nos serviços da atenção básica (58,3% entre os centros estaduais e 95,7% entre os regionais) e nos CAPS (50,0% e 64,3%, respectivamente) (**Tabela 3**).

Considerando as ações na área de Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT), 17 CEREST estaduais (68,0%) relataram realizar ações de inspeções

em ambientes de trabalho, enquanto entre os regionais foram 110 (80,9%). Entre as ações de VISAT em saúde mental destaca-se que aproximadamente metade dos CEREST estaduais (58,3%) e regionais (52,3%) relataram realizar *sempre ou frequentemente* inspeções em ambientes de trabalho para investigação de exposição a fatores de riscos psicossociais (**Tabela 4**). Quando analisadas as proporções de CEREST que realizavam essas ações apenas entre aqueles que tinham equipe em saúde mental percebeu-se um aumento nesses percentuais: 71,4% dos estaduais e 58,7% dos regionais.

As notificações no SINAN de casos de TMRT eram realizadas em 44,0% dos serviços em nível estadual e 61,5% em nível regional. A maioria dos CEREST estaduais (80,9%) e regionais (60,6%) referiram que existiam serviços na Rede de Atenção à Saúde capacitados para notificar casos de TMRT, sendo destacados principalmente os CAPS, com percentuais de 82,4% entre os estaduais e 68,9% entre os regionais (**Tabela 4**).

Com base nas informações obtidas, foi realizado cálculo para averiguar o percentual, entre os serviços que haviam sido capacitados para a notificação de TMRT, daqueles que efetivamente estavam realizando esse registro: no âmbito estadual, 70,6% (12/17) dos centros capacitados e 72,9% (54/74) entre serviços de âmbito regional estavam registrando essas notificações. Entre os serviços notificadores destacavam-se com percentuais semelhantes os CAPS e os serviços da atenção básica, com percentuais de 50,0% entre os estaduais e 68,4% entre os regionais. A divulgação desses casos de notificações por meio de boletins ou informes registraram baixos percentuais: 32,0% entre os estaduais e 15,6% entre os regionais (**Tabela 4**).

Tabela 4 Ações em Saúde Mental realizadas pelos Centros de Referências em Saúde do Trabalhador estaduais e regionais, na área da Vigilância em Saúde do Trabalhador. Brasil, 2014

Ações (N)	Total		Estaduais		Regionais	
	N	%	n	%	n	%
Realiza inspeções em ambientes de trabalho para investigação de exposição a fatores de riscos psicossociais (156)						
Sempre / frequentemente	83	53,2	14	58,3	69	52,3
Às vezes	12	7,7	1	4,2	11	8,3
Nunca / raramente	61	39,1	9	37,5	52	39,4
Notifica casos de TMRT* no SINAN (160)						
Sim	94	58,8	11	44,0	83	61,5
Em planejamento ou implantação	22	13,8	3	12,0	19	14,1
Não	44	27,4	11	44,0	33	24,4

(Continua)

Tabela 4 Continuação...

Ações (N)	Total		Estaduais		Regionais	
	N	%	n	%	n	%
Existem serviços na rede de atenção do SUS capacitados para esta notificação (143)						
Sim	91	63,6	17	80,9	74	60,6
Não	52	36,4	4	19,1	48	39,4
Quais são estes serviço (91)**						
CAPS	65	71,4	14	82,4	51	68,9
Ambulatório em saúde mental	42	46,1	9	52,9	33	44,6
Serviços da atenção básica	50	54,9	9	52,9	41	55,4
Existem serviços na rede de atenção do SUS realizando esta notificação (135)						
Sim	66	48,9	12	80,0	54	45,0
Não	69	51,1	3	20,0	66	55,0
Quais são estes serviços (66)**						
CAPS	32	48,8	6	50,0	26	68,4
Ambulatório em saúde mental	12	18,2	2	16,7	10	26,3
Serviços da atenção básica	32	48,8	6	50,0	26	68,4
Produz divulgação de dados dessas notificações através de construção de boletins ou informes (160)						
Sim	29	18,1	8	32,0	21	15,6
Em planejamento ou implantação	46	28,8	7	28,0	39	28,9
Não	85	53,1	10	40,0	75	55,6

* TMRT = Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

** Para essas questões foi possível indicar mais de um item, registrando-se múltiplas respostas. Portanto, os percentuais totalizam mais de 100%.

Discussão

Em geral, os CEREST tinham pelo menos cinco anos de funcionamento, sendo que suas estruturas físicas, de equipamentos e materiais permanentes foram consideradas boas, constituindo fator favorável ao seu bom funcionamento. No entanto, com relação a esse aspecto cabe considerar que, mesmo que a maioria tenha relatado possuir infraestrutura adequada para esses fatores, um percentual expressivo de centros (mais de um terço entre os regionais e quase a metade entre os estaduais) referiram condições inadequadas; assim, esse é um aspecto que ainda merece atenção dos órgãos gestores.

A equipe, em sua maioria, era compatível com as atribuições descritas nas legislações vigentes, mas não havia compatibilidade com a demanda da área de abrangência de funcionamento do CEREST. Comparando-se esses dados com os obtidos nos inquéritos realizados nos CEREST pela Renast, no período de 2008-2009²⁴ e 2010-2011⁶, foram observados resultados similares com relação às condições de estrutura física, equipamentos e materiais e com

relação aos recursos humanos. Contudo, o percentual de adequação boa ou excelente da equipe, considerando as demandas da área de abrangência, vem diminuindo, entre 5 a 15%, ao longo desses anos. Dessa forma, observou-se que os CEREST tinham, ao longo desse período, conseguido manter boas condições físicas e de recursos humanos, mas cada vez mais vem sendo reduzida a sua capacidade de atendimento às demandas relacionadas à saúde dos trabalhadores no seu campo de atuação. A maior inadequação da equipe dos CEREST regionais com relação à demanda pode ser explicada pelo fato de alguns desses serviços estarem executando ações apenas nos municípios sede²⁰; assim, as demandas dos trabalhadores dos outros municípios que pertencem à sua área de abrangência não são atendidas. Esse é um dilema crucial a ser enfrentado em todas as ações dos centros regionais: como garantir que as ações sejam, de fato, regionais, com base em um modelo cuja gestão do serviço se encontra vinculado à administração apenas do município sede? Essa é uma questão que merece ampla e profunda reflexão na busca de estruturação de modelos mais

promissores e eficientes no gerenciamento desses serviços numa área geográfica ampla.

O financiamento em saúde do trabalhador é de responsabilidade das três esferas do governo^{10,27}, mas percebe-se, com este estudo, que basicamente os recursos oriundos do Fundo Nacional da Saúde da Renast têm sido a única fonte financeira utilizada para gerir os CEREST, sendo muitas vezes o único recurso existente, pois apenas metade desses centros estaduais conta com verbas do estado e um pouco mais de um quarto dos centros regionais com verbas dos municípios. Observou-se, assim, que os recursos da Renast têm possibilitado aos CEREST manter boas condições de estrutura e recursos humanos para a realização das principais atividades, mas não para o atendimento das suas demandas da área de abrangência. O fato da não destinação das verbas estaduais e municipais aos serviços de referência em saúde do trabalhador, como preconizado, pode explicar o motivo dos centros regionais realizarem somente ações no seu município sede²⁰. Sem o auxílio financeiro do município, o gasto com viagens se torna um obstáculo muito significativo. Importante destacar a relevância das questões financeiras como entrave significativo das ações, restringindo-as consideravelmente, pois, embora os CEREST sejam de abrangência regional, são geridos por um município.

A participação da comunidade é um dos princípios do SUS, estabelecido na Constituição Federal de 1988²⁸ e destacado na PNSTT¹⁰, devendo ser garantida a participação dos trabalhadores na formulação, planejamento e avaliação das políticas públicas. Essa participação é assegurada por meio dos dispositivos do controle social. Os dados obtidos evidenciam que essa participação tem diminuído ao longo dos últimos seis anos, com destaque para o conselho gestor nos centros regionais, cuja proporção diminuiu pela metade quando comparado aos dados do 1º Inventário da Renast referente ao ano de 2008^{12,29}.

Os primeiros movimentos sociais em prol da saúde dos trabalhadores tiveram início a partir da década de 1970, sendo que a participação dos movimentos sociais dos trabalhadores – impulsionados pelo fortalecimento dos movimentos sindicais – foi essencial na formulação e defesa de propostas nas políticas nacionais de saúde⁴⁻⁵. Esse quadro, no entanto, contrasta com o momento atual no qual se observa refluxo da participação social, com destaque para o fato dos movimentos sindicais estarem enfraquecidos e fragmentados, definindo um contexto de pouca participação social nos processos decisórios, conforme observado também em outros estudos⁴. Assim, é necessário estabelecer estratégias voltadas para o fortalecimento da participação mais ativa desses agentes para que a construção de políticas

públicas ocorra de forma eficaz e sustentada em interesses coletivos.

Os CEREST, em geral, tinham estrutura física adequada e equipe capacitada para o atendimento em saúde mental, fato que não tem garantido a realização das ações nessa área pela maioria deles e essas ações, quando realizadas, foram feitas de forma desigual no país, conforme já observado anteriormente³⁰. Dessa forma, não há homogeneidade de práticas na área de saúde mental relacionada ao trabalho no Brasil.

Observou-se que, segundo os dados obtidos, as ações de assistência foram mais frequentemente desenvolvidas nas unidades regionais do que nas estaduais – como seria esperado ocorrer, pois os CEREST estaduais funcionam como uma retaguarda técnica para todo o estado⁷.

O estabelecimento do nexo do agravo com o trabalho é o objetivo principal do ambulatório nos centros de saúde do trabalhador, mas se constata que o estabelecimento desse nexo com os transtornos mentais ainda é um desafio. Registra-se, contudo, que essa temática tem sido discutida em algumas pesquisas e trabalhos científicos apenas recentemente e ainda não há ferramentas e documentos técnicos consensuais ou amplamente difundidos e reconhecidos que orientem os profissionais para essa ação³¹. Essas dificuldades decorrem, sobretudo, da complexidade da relação entre adoecimento mental e trabalho, além do fato da saúde mental relacionada ao trabalho ser permeada por duas áreas programáticas, a saúde mental e a saúde do trabalhador, que, ao longo de décadas, vêm realizando suas ações de forma isolada entre si¹³.

Historicamente, as políticas públicas, na área da saúde do trabalhador, priorizaram, até hoje, ações voltadas para reafirmar a existência de relação entre o trabalho e o processo saúde/doença. Apesar de mais de 20 anos de implantação das políticas públicas do SUS, o trabalho ainda não é comumente reconhecido como fator determinante no adoecimento. A exemplo disso, na área de saúde mental ainda predominam concepções de sofrimento psíquico como decorrente apenas das características de ordem intrapsíquica, vivenciadas na infância, na sexualidade ou na família, em detrimento de um olhar mais amplo que considere as demais esferas da vida dos indivíduos e da coletividade, como o mundo do trabalho^{13,32}. Assim, as ações envolvendo saúde mental e trabalho não têm sido executadas de forma integrada ou cooperativa por essas duas áreas (Saúde Mental e Saúde do Trabalhador), demonstrando um vazio assistencial no âmbito da atenção à saúde mental dos trabalhadores^{13,14}.

Segundo a PNSTT¹⁰, a rede ambulatorial especializada – no caso, a de saúde mental – deve estabelecer a suspeita ou identificação da relação com o trabalho, de forma articulada com a equipe técnica do CEREST sempre que necessário, além de ser responsável pelo diagnóstico, tratamento e reabilitação, que já fazem parte de suas funções. Em concordância com as políticas públicas vigentes, este estudo evidenciou que, com relação ao tratamento dos casos identificados, frequentemente, estes eram encaminhados para a Rede de Atenção Psicossocial, principalmente os CAPS, ambulatórios em saúde mental e atenção básica. Mas também foi expressiva a parcela dos CEREST que funcionava na lógica assistencial, como porta de entrada de trabalhadores, com clínica de atendimento e tratamento de agravos à saúde dos trabalhadores, como observado também em outros estudos^{30,33,34}. O fato dos profissionais da saúde mental em geral serem formados e preparados para atuar em ações de assistência individual¹³ pode contribuir para isso, pois comumente não são preparados para realizar ações que têm como objetivo a coletividade e nas quais o trabalho é um fator importante na construção da subjetividade.

Outro fator importante que pode contribuir para o fato dos profissionais dos CEREST realizarem ações na lógica assistencial, apesar das normatizações existentes, é o número reduzido de ambulatórios em saúde mental em todo o país. Assim, a inexistência de serviços a quem referenciar os casos identificados contribui para que essa atividade seja assumida pelos próprios CEREST. Esses serviços ambulatoriais são referência, sobretudo, para pessoas com transtornos mentais menores, aqueles considerados menos graves³⁵, sendo estes, frequentemente, os casos de TMRT. Atualmente são mais de 2 mil CAPS implantados no Brasil³⁶, abrangendo a quase totalidade dos municípios que participaram desta pesquisa. Por outro lado, a existência de ambulatórios em saúde mental não atingiu a metade dos locais estudados. Importante ressaltar que os ambulatórios em saúde mental, apesar de regularizados desde a Portaria SAS/MS nº 224, de 1992³⁷, não são citados na Portaria nº 3.088, de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial²⁶. Dessa forma, quando existentes, esses dispositivos têm funcionado de forma isolada, sem articulação com a rede de atenção à saúde, prejudicando, assim, a garantia da atenção integral ao usuário³⁵.

As ações de educação permanente e apoio matricial nos demais serviços do SUS são de extrema importância, uma vez que a saúde do trabalhador demanda ações transversais que devem ser incorporadas por todos os serviços da Rede de Atenção à

Saúde, conforme descrito na PNSTT¹⁰, que afirma que apenas com a ampliação da capacidade de identificar a relação do trabalho com o processo de saúde/doença poderá, assim, garantir a atenção integral aos trabalhadores.

Apesar dessa e outras políticas do SUS destacarem o apoio matricial como ferramenta muito relevante na construção e implantação da Rede de Saúde, observou-se que poucos CEREST realizavam ações de apoio matricial, compreendido como ações interdisciplinares realizadas por equipe multiprofissional dos centros de referência com as equipes de serviços do SUS, visando à prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador¹⁰. Importante frisar que, entre os centros que estavam realizando esse apoio matricial, quase todos faziam essas atividades junto das unidades de Estratégia da Saúde da Família, porta de entrada dos usuários no SUS e ordenador da Rede de Atenção à Saúde; assim, as ações desenvolvidas nesse nível de atenção são prioritárias para as políticas de saúde do trabalhador¹⁰.

Enquanto o diagnóstico, tratamento e estabelecimento do nexo do adoecimento com o trabalho são importantes para a garantia da promoção à saúde dos trabalhadores, as ações de VISAT são essenciais para a prevenção de novos casos de adoecimento no ambiente ocupacional. A VISAT, como preconizado pelas políticas públicas, é a ação prioritária para os serviços de saúde do trabalhador¹⁰, devendo ocupar lugar central na intervenção sobre os determinantes sociais na saúde do trabalhador, posto que as ações assistenciais individualizadas têm pouco impacto coletivamente na promoção e prevenção das doenças.

Com relação às ações de inspeção para investigação de riscos psicossociais, observou-se tratar de ações tímidas, ainda, entre os CEREST, considerando que apenas metade dos centros as realizava. Isso pode ser explicado pela quase inexistência de documentos técnicos, tecnologias e pesquisas nessa área que envolve a saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador, sendo encontrado apenas, bem recentemente, um estudo publicado na área²³. Importante destacar, novamente, a limitação na formação dos profissionais na área de saúde mental, na qual o trabalho tem, sistematicamente, sido negado como *locus* de produção de subjetividade e, portanto, de adoecimento mental¹³.

Além de dificuldades conhecidas para a realização de ações de VISAT, podem ser destacados: a falta de profissionais capacitados, explicado pela dificuldade em uma formação na lógica da vigilância e a limitação nas ações que podem ser tomadas, uma vez que muitos profissionais não têm autoridade

sanitária para a realização de inspeções¹. As ações de vigilância são necessárias para a melhoria dos ambientes de trabalho e para a promoção e prevenção de novos casos de adoecimento ocupacional.

A notificação de agravos nos sistemas de informação de saúde é uma ferramenta muito importante para subsidiar o conhecimento do perfil de morbimortalidade e o planejamento de ações de promoção e prevenção. A notificação dos agravos à saúde dos trabalhadores, principalmente os acidentes ocupacionais, já está mais incorporada nas práticas dos profissionais de saúde, mas a notificação de TMRT tem sido um desafio para o SUS²¹. Destaca-se que essa ação foi a que os profissionais dos CEREST mais informaram realizar, mas se observa que, ainda assim, permanece incipiente.

Em estudo recente²¹, sobre as notificações de TMRT, comparou-se o número de casos registrados no SINAN e no INSS, evidenciando-se que, no período de 2006 a 2012, o INSS registrou 38 casos de TMRT para um caso registrado no SINAN, apesar de o INSS ser um sistema exclusivo para trabalhadores formais, enquanto o SINAN possui cobertura universal, devendo notificar casos ocorridos com todos os trabalhadores, formais e informais. Assim, no INSS, mesmo representando apenas metade da população trabalhadora do país, o registro de TMRT é exponencialmente maior do que no SINAN.

O estudo revelou também que as notificações no SINAN têm sido registradas quase exclusivamente pelos CEREST, respondendo por 71,0% dos casos registrados no período considerado; os serviços da atenção básica e CAPS tinham participação pouco expressiva nas notificações registradas (respectivamente 8,4% e 6,2%). Apesar disso, Oliveira²¹ destaca que, durante os seis anos analisados (2006 a 2012), as notificações no SINAN têm aumentando gradativamente.

Em conjunto, esses dados parecem apontar que: (a) ainda há muitos avanços a ser alcançados nesse campo, mesmo considerando a rede atual de serviços – como apenas 58,8% dos serviços referiram registro sistemático dos casos de TMRT no SINAN, há uma margem significativa de possibilidade de ampliação dessas ações com a incorporação dessa atividade em todos os serviços existentes, ocasionando crescimento na identificação dos casos, aproximando os dados disponíveis da realidade existente; (b) mesmo com as limitações destacadas, se observa que tem havido um processo contínuo, ainda que lento e localizado, de incorporação do registro sistemático de TRMT no SINAN por parte dos serviços de atenção básica e dos CAPS²¹.

A divulgação das informações de notificações é baixa em todos os CEREST, mesmo considerando

que o monitoramento e a avaliação dos indicadores de saúde do trabalhador constituam instrumentos essenciais para a avaliação do perfil epidemiológico de adoecimento dos trabalhadores, de modo a orientar o planejamento de ações de forma efetiva e racional¹⁰. A pouca ênfase na produção de diagnósticos e de conhecimento embasado em evidências empíricas é também constatada pelo baixo incentivo e apoio a estudos e pesquisas. A produção de conhecimento é estratégia privilegiada para o estabelecimento de ações e prioridades com capacidade para responder adequadamente e satisfatoriamente às demandas reais existentes. É também ferramenta muito útil para o apoio na construção de normas, instrumentos e ferramentas voltadas para produção de respostas aos problemas enfrentados pela Renast¹⁰. Desse modo, o uso de dados já existentes, de fácil acesso, e a sua incorporação no processo de planejamento das atividades e a elaboração de diagnósticos de situações concretas de saúde são mecanismos que podem contribuir de modo efetivo para o avanço das ações em saúde do trabalhador, devendo ser fortalecidos e incentivados.

É urgente o desenvolvimento de novos estudos e pesquisas que visem à construção de ferramentas e protocolos-guia que orientem os profissionais de saúde a atuar nessa área complexa da saúde mental relacionada ao trabalho, principalmente na vigilância em saúde, com foco na promoção à saúde e a redução/eliminação de agravos entre os trabalhadores, além de políticas públicas e estratégias que auxiliem na garantia de ações direcionadas ao cuidado integral dos trabalhadores com adoecimento mental relacionado ao trabalho e à prevenção desses agravos.

Conclusões

Com este estudo, observou-se que as ações na área de saúde mental relacionadas ao trabalho realizadas pelos CEREST ainda são incipientes, tanto na área da assistência quanto na educação em saúde e vigilância em saúde. Observou-se, com os dados encontrados e oriundos de estudos anteriores, que a saúde mental não tem sido prioridade na área técnica do SUS de saúde do trabalhador. Assim, destaca-se a importância das ações realizadas pelos serviços de referência em saúde do trabalhador, bem como as ações intersetoriais entre esses centros e os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial, pois somente a partir dessas ações será possível avançar na garantia da atenção integral aos trabalhadores com transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Contribuições de autoria

Cardoso MCB: foi responsável pela concepção do estudo, elaboração do instrumento, coleta e análise dos dados, elaboração do artigo e pela revisão final do manuscrito. Araújo TM: foi responsável pela orientação da pesquisa, participou do delineamento da metodologia, realizou a revisão crítica e a final da redação do manuscrito.

Referências

1. Costa D, Lacaz FAC, Jackson Filho JM, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev bras saúde ocup.* 2013;38(128):11-30.
2. Ministério da Previdência Social (Brasil). Previdência em questão. Cai número de acidentes de trabalho e aumenta afastamentos por transtornos mentais. Informativo Eletrônico do Ministério da Previdência Social. 2012;59.
3. Silva Junior JS, Fischer FM. Adoecimento mental incapacitante: benefícios previdenciários no Brasil entre 2008-2011. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(1):186-90.
4. Minayo-Gomez C. Campo da saúde do trabalhador: trajetória, configurações e transformações. In: Minayo-Gomes C, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 23-34.
5. Nobre L. A política de Saúde do Trabalhador no Brasil e na Bahia. In: Nobre L, Pena P, Baptista R, organizadores. A Saúde do Trabalhador na Bahia: história, conquista e desafios. Salvador: Edufba; 2011. p. 25-94.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal da Bahia. 2º Inventário de saúde do trabalhador, 2009: avaliação da rede nacional de atenção integral em saúde do trabalhador, 2008-2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; 2002.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.437, 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) e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; 2005.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; 2009.
10. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; 2012.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 [Internet]. IBGE 2010 [citado em 20 maio 2014]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtml>
12. Machado JMH, Santana VS, Campos A, Ferrite S, Peres MC, Galdino A, et al. Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. *Rev. bras. saúde ocup.* 2013;38(128):243-56.
13. Bernardo MH, Garbin AC. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. *Rev bras saúde ocup.* 2011;(36)123:103-17.
14. Merhy-Silva FN. Contribuições para a construção de uma clínica ampliada e do apoio matricial na expansão da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador no Sistema Único de Saúde (Renast-SUS) (2001-2011). *Cad Saúde Colet.* 2013;21(3):346-7.
15. Amazaray MR, Câmara SG, Carlotto MS. Investigação em saúde mental e trabalho no âmbito da Saúde Pública no Brasil. In: Merlo ARC, Bottega CG, Perez VK, organizadores. Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtorno psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf; 2014. p. 75-92.
16. Glina DMR, Rocha LE, Batista MA, Mendonça MGV. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexo com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Cad. Saúde Pública.* 2001;17(3):607-16.
17. Sato L, Bernardo MH. Saúde mental e trabalho: os problemas que persistem. *Ciênc. saúde coletiva.* 2005;10(4):869-78.
18. Sato L, Lacaz FAC, Bernardo MH. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. *Estud. psicol. (Natal).* 2006;11(3):281-8.
19. Merlo ARC. O trabalho e a saúde mental no Brasil: caminhos para novos conhecimentos e novos instrumentos de intervenção. In: Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 369-84.

20. Santos APL, Lacaz FAC. Saúde do trabalhador no SUS: contexto, estratégias e desafios. In: Minayo-Gomez C, Machado JMH, Pena PGL. Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 87-106.
21. Oliveira C. Transtornos mentais relacionados ao trabalho, 2006 a 2012. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Estadual de Feira de Santana; 2014.
22. Merlo ARC, Bottego CG, Perez KV. Atenção à saúde mental do trabalhador: sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf; 2014.
23. Leão LHC, Minayo-Gomez C. A questão da saúde mental na vigilância em saúde do trabalhador. Ciênc. saúde coletiva. 2014;19(12):4649-58.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Fundação Oswaldo Cruz. Universidade Federal da Bahia. 1º Inventário de saúde do trabalhador, 2009: avaliação da rede nacional de atenção integral em saúde do trabalhador, 2008-2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
25. Ministério da Saúde (Brasil). Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): manual de gestão e gerenciamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
26. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; 2011.
27. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; 20 set 1990, Seção 1, p. 18055.
28. Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil. Texto promulgado em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; 1988.
29. Galdino A, Santana VS, Ferrite S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. Cad Saúde Pública. 2012;28(1):145-59.
30. Bittencourt LC, Belome MC, Merlo ARC. Centros de referência em Saúde do Trabalhador, Sistema Único de Saúde e a saúde mental. In: Merlo ARC, Bottega CG, Perez VK, organizadores. Atenção à Saúde Mental do Trabalhador: sofrimento e transtorno psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf; 2014. p. 228-243.
31. Lourenco EAS, Lacaz FAC. Os desafios para a implantação da política de Saúde do Trabalhador no SUS: o caso da região de Franca-SP. Rev bras saúde ocup. 2013;38(127):44-56.
32. Araújo TM. O olhar do sujeito sobre o trabalho que executa: sua percepção sobre os riscos e as tarefas: um estudo com trabalhadores em telecomunicações. In: Sampaio JR, organizador. Qualidade de vida no trabalho e Psicologia Social. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p. 367-398.
33. Leão LHC, Vasconcellos LCF. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast): reflexões sobre a estrutura de rede. Epidemiol Serv Saúde. 2011;20(1):85-100.
34. Leão LHC, Castro AC. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. Ciênc saúde coletiva. 2013;18(3):769-78.
35. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão, 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília; 2007.
36. Ministério da Saúde (Brasil). Departamento de Informática do SUS-DATASUS. Dados em Saúde Mental. Número de CAPS por tipo de UF [relatório na internet]. Ministério da Saúde 2014 [citado em 5 abr 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def>.
37. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília; 30 jan.1992.