

Claudio Freitas

A Exaustão Laboral e a Saúde Mental no Trabalho

*novos paradigmas para
atuação dos órgãos de tutela
e promoção da cidadania*

2024

DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À ATUAÇÃO DOS SINDICATOS E PODERES EXECUTIVO E LEGISLATIVO NA SAÚDE MENTAL DO TRABALHO

1. ASPECTOS GERAIS: DA REFORMA PSIQUIÁTRICA AOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR NO BRASIL

A literatura especializada aponta a passagem e utilização de uma diversidade de modelos de assistência à saúde mental no mundo, seja em razão de modificações dos contextos sociopolíticos e econômicos ao longo dos anos, seja pelas modificações acerca das concepções simbólicas e epistemológicas sobre loucura e adoecimento mental¹, caracterizando-se, assim, a história da psiquiatria por várias vezes, mas sempre indissociáveis ao espectro funcional de gestão das fronteiras entre os conflitos sociais e políticos².

O início da abordagem terapêutica da saúde mental pode ser atribuída ao médico francês Philippe Pinel, então diretor do Hospital de Bicêtre (localizado até hoje na comuna de Le Kremlin-Bicêtre, ao sul de Paris) no ano de 1793. Em tal período os hospitais já vinham sendo utilizados como forma de poder repressivo³ e ordenação social e política por meio de internações determinadas pelas autoridades reais e judiciárias. Abandonara-se a função anteriormente instituída (desde a Idade Média) como instituição voluntária de caridade para oferecimento de abrigo, alimentação e assistência religiosa para pobres, desabrigados e doentes (os conhecidos “Hospitais Gerais”).

-
1. SAMPAIO, Maria Lanzotti; BISPO JR., José Patrício. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. In **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 19, p. 02, 2021.
 2. DUNKER, Christian. **Mal-estar, sofrimento e sintoma**: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo, 2015.
 3. FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. Rio de Janeiro: Perspectiva, 1978, p. 50.

Foi em tal período de medicalização dos hospitais (tornando-se esses a principal instituição médica, fazendo com que a medicina, em contrapartida, se tornasse “*um saber e uma prática predominantemente hospitalar*”⁴) que, centrados na disciplina como elemento principal de distribuição espacial dos indivíduos, controle das ações, vigilância e registro contínuo do ocorrido, passou-se a adotar o princípio do isolamento do mundo exterior em relação aos “loucos” como sendo forma de devolução de sua liberdade perdida pela alienação causada pelo meio social⁵.

A internação servia, portanto, como verdadeiro remédio⁶ a garantir a própria segurança do doente e de suas famílias. Afinal, ligava-se a alienação mental, tida como contradição da razão ainda existente no indivíduo⁷, à ideia de periculosidade⁸, o que passou a gerar enorme estigma até os dias atuais. Assim, os doentes acabavam por condenados a trabalhos forçados (tidos como verdadeiros remédios ao mal que os acometia⁹), vencendo-se as resistências pessoais por meio de novos hábitos morais e intelectuais, segundo Jean-Étienne Dominique Esquirol¹⁰.

Tal ideal hospitalacêntrico no tratamento retirava condições mínimas de cidadania dos indivíduos tidos por alienados, eis que os considerava despossuídos exatamente da condição elementar da definição da condição humana, qual seja, a razão, restringindo o seu livre-arbítrio a ser supostamente recuperado posteriormente, indo de encontro frontalmente aos ideais da Revolução Francesa¹¹.

De toda forma, a referida sistemática de tratamento espalhou-se mundo afora, especialmente após a Lei Francesa de 30/6/1838, primeiro diploma legal do mundo a tratar da assistência aos pacientes e através do qual foram impostos deveres às autoridades e traçadas as regras a serem seguidas para a “*sequestração do alienado*”, que deveria permanecer sob a salvaguarda e fiscalização da autoridade pública dentro dos hospitais, mesmo sem interesse familiar para tanto¹².

4. AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4ª ed. rev. e ampl. 2ª reimpr. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 25.

5. *Ibidem*, pp. 26/29.

6. CASTEL, Robert. **A ordem psiquiátrica**: a Idade de Ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978, p. 61.

7. HEGEL, George Wilhelm Friedrich. **Enciclopédia das Ciências Filosóficas**. Rio de Janeiro: Loyolla, 1995, pp. 147/148.

8. BIRMAN, Joel. A cena constituinte da psicose maniaco-depressiva no Brasil. In **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, vol. 17, supl.2, p. 351, 2010.

9. NEVES, Antonio, *et al.* A psiquiatria sob o neoliberalismo: da clínica dos transtornos ao aprimoramento em si. In SAFATLE, Vladimir, SILVA JR., Nelson da; DUNKER, Christian (orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. 1ª ed. 1ª reimpr. Belo Horizonte: Autêntica, 2021, p. 126.

10. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 126.

11. AMARANTE, Paulo. *Op. cit.*, pp. 34/37.

12. BRANDÃO, Teixeira. Os Alienados no Brasil. In Arquivos brasileiros de neuriatria e psiquiatria. Rio de Janeiro, n. 02, pp. 60/101, 1956.

Exemplo em nosso país de adoção de tal sistemática foi a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro, tendo sido criado pelo Decreto Imperial n. 82 de 18/07/1841, inaugurado em 1852 e sendo conhecido como “Palácio dos Loucos”, tratando-se do primeiro hospital psiquiátrico do Brasil e o segundo da América Latina. A referida unidade se valia de terapia ocupacional, por meio de promoção de oficinas de trabalho, assim como métodos tradicionais de encarceramento e violência em relação aos que promoviam “*confusão, desordem e anarquia*”¹³, comportamentos esses tidos por contagiantes em relação aos pacientes “*calmos*”¹⁴ e sempre com a internação compulsória (destacadamente por meio do Decreto 24.559/1934) e utilização intensiva da medicalização dos internados¹⁵, independentemente do método utilizado.

Ao longo do tempo tais modelagens continuaram difundidas e praticadas tanto em instituições públicas quanto particulares, essas substancialmente a partir da instituição do regime militar de 1964 e a expansão do sistema manicomial privatista por meio da destinação de recursos financeiros da psiquiatria do INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) a clínicas privadas conveniadas¹⁶. A referida prática gerava enorme lucro a determinados segmentos empresariais, especialmente em razão do alto índice de internações consideradas desnecessárias¹⁷.

Mesmo diante da centralizada importância manicomial hospitalar de então, certo é que críticas passaram a surgir em relação aos procedimentos adotados, especialmente com a reflexão acerca da natureza humana nos pós-Guerras Mundiais¹⁸ (com a revalorização da dignidade da pessoa humana) em razão das práticas violentas¹⁹, superlotação, maus-tratos e óbitos em grande número dos internos²⁰, emergindo ideais e experiências de “*reformas psiquiátricas*”.

13. SILVA, José Joaquim Ludovino da. Relatório do hospício de alienados de Pedro II. In *Gazeta Médica da Bahia*, vol. 02, n. 40, p. 187, 1868.

14. *Idem, ibidem*.

15. MESSAS, Guilherme P. O espírito das leis e as leis do espírito: a evolução do pensamento legislativo brasileiro em saúde mental. In *História, Ciências e Saúde*, Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 1, pp. 65/98, 2008.

16. CERQUEIRA, Luiz. *Psiquiatria social: problemas brasileiros de saúde mental*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1984.

17. MARTINHAGO, Fernanda; OLIVEIRA, Walter F. (Des)institucionalização: a percepção dos profissionais dos centros de atenção psicossocial de Santa Catarina, Brasil. In *Saúde e Sociedade*, São Paulo, vol. 24, n. 4, pp. 1.273/1.284, 2015.

18. AMARANTE, Paulo. *Op. cit.* p. 40.

19. ALVARENGA, Alex R. D.; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. In *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, vol. 10, n. 20, pp. 299/316, 2006.

20. TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceitos. In *História, Ciências e Saúde*. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, pp. 25/59, 2002.

Tais reformas se apresentaram por uma série de aplicações, especialmente por três correntes diversas de pensamento.

Uma 1ª via entendia a necessidade de mudanças profundas no sistema de gestão hospitalar a ser transformado para fins verdadeiramente terapêuticos, através de comunicação livre e organização social democrática interna entre pacientes e profissionais (como os defensores da Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional).

Já uma 2ª via trabalhava com a ideia da desinstitucionalização e fim das internações manicomiais, pela criação de centros de saúde mental por setores das regiões abrangidas e práticas preventivas internas nas comunidades para impedir, tratar precocemente e/ou readaptar a pessoa em sofrimento mental (como a Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva).

Um 3º viés analítico entendia pela necessidade de amplo questionamento ao modelo psiquiátrico tradicional e compreensão não da “doença mental”, mas, sim, do sofrimento psíquico/mental, com foco nas pessoas, não nas doenças em si, procurando-se produzir subjetividades em locais de sociabilidade²¹.

Os grandes focos de mudança no sistema de tratamento da saúde mental no Brasil se deram sobremaneira a partir da reforma do Estado nacional promovida pela adoção de modelos econômicos centrados no neoliberalismo a partir dos anos 90 do século passado. Foram criados, posteriormente à Declaração de Caracas (divulgada em 1990 pela Organização Panamericana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde, visando à reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina por meio de novas políticas para os serviços de saúde mental), a Coordenação de Saúde Mental (em 1991, vinculada atualmente à Secretaria de Atenção Primária à Saúde, conforme artigo 14, VIII do Decreto Presidencial 11.098 de 20/6/2022) e o Programa de Saúde da Família (em 1994, pela descentralização da gestão da saúde para os Estados e Municípios, consequência, inclusive, do novo tratamento dado pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 ao Sistema Único de Saúde e suas subseqüentes Leis 8.080/1990 e 8.142/1990), instituindo-se, pela Lei 10.216/2001, a Reforma Psiquiátrica brasileira.

A partir do indigitado remodelamento legalmente instituído (Lei 10.216/2001) buscou-se a garantia de uma série de direitos às pessoas portadoras de transtornos mentais, como o tratamento respeitoso e humanitário, garantia de sigilo das informações, acesso a meios de comunicação e tratamento preferencial comunitário (artigo 2º).

21. AMARANTE, Paulo. *Op. cit.*, pp. 40/69.

Ademais, passou a ser expressamente positivada legalmente a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política de saúde mental, bem como na assistência e promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual seria prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (artigo 3º). A internação passou a ser a *ultima ratio* do tratamento, sempre dependendo de laudo médico circunstanciado e/ou ordem judicial (artigos 6º, 8º e 9º), visando sempre à reinserção social por meio de assistência integral com serviços médicos, de assistência social, psicológico, ocupacional e de lazer, vedado o enclausuramento asilar (artigo 4º).

Nesse sentido, por meio da Lei 13.146/2015 foram revogadas as disposições do Código Civil que tratavam as pessoas portadoras de doenças psicossomáticas como absolutamente incapazes, passando à inclusão como relativamente incapazes (revogação do artigo 3º e inclusão do inciso III ao artigo 4º do diploma civilista). Além disso, fora incluído o artigo 1.783-A ao estatuto civil, tratando da tomada de decisão apoiada (processo pelo qual a pessoa com deficiência elege pelo menos duas pessoas idôneas, com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança, para prestar-lhe apoio na tomada de decisão sobre atos da vida civil, fornecendo-lhes os elementos e informações necessários para que possa exercer sua capacidade).

Dois interessantes projetos se inserem em tal lógica. Um deles é o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), implementado no SUS pela Portaria 106/2000 do Ministério da Saúde (criado até mesmo um pouco antes do início da vigência da Reforma Psiquiátrica, até por se considerar o lapso temporal de 11 anos de sua tramitação no Congresso Nacional). Por meio dele passaram a ser criadas moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuam suporte social e laços familiares e, que viabilizem sua inserção social. O outro é o Programa de Volta para Casa (Lei 10.708/2003), que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social de pacientes com transtornos mentais egressos de internação em hospitais psiquiátricos por um período igual ou superior a dois anos.

Assim, a partir do importante marco acima da Reforma Psiquiátrica é que as políticas de saúde mental e atenção psicossocial passaram a buscar vínculos complementares e ampliativos dos recursos existentes na rede tradicional (princípio da intersetorialidade), sendo visualizadas e organizadas

em rede, formando-se “uma série de pontos de encontro, de trajetórias de cooperação, de simultaneidade e de iniciativas e atores sociais envolvidos”²².

Nesse ponto, ganham destaque os seguintes órgãos, que são, inclusive, de suma importância quando analisada a saúde mental no trabalho:

- (i) os CAPS²³ (Centros de Atenção Psicossocial), instituídos pela Portaria da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde n. 224/1992 e atualizada pelas Portarias ns.189/2002 e 336/2002 do Ministério da Saúde, atuando em rede com a sociedade, UBS (Unidades Básicas de Saúde, estruturadas pela Portaria n. 340/2013 do Ministério da Saúde);
- (ii) a ESF (Estratégia de Saúde da Família²⁴, com estruturamento pela Portaria n. 2.488/2011 do Ministério da Saúde) e, integrando-as mutuamente e com outros elementos voltados à saúde mental;
- (iii) RAPS (Redes de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde, compostas por atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada – destacadamente pelos CAPS²⁵ –, atenção de urgência e emergência, atenção

22. AMARANTE, Paulo. *Op. cit.*, p. 88.

23. Conforme Portaria 336/2002 do Ministério da Saúde, temos as seguintes modalidades de CAPS: **(i) CAPS I** para municípios com população entre 20.000 a 70.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h; **(ii) CAPS II** para municípios com população entre 70.000 a 200.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com possível prorrogação até 21h; **(iii) CAPS III** para municípios com população acima de 200.000 habitantes, funcionando 24h por dia, inclusive finais de semana e feriados; **(iv) CAPSi**, para atendimento de crianças e adolescentes em municípios com população superior a 200.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com possível prorrogação até 21h; **(v) CAPSad**, para atendimento de dependentes químicos (álcool e drogas) em municípios com população superior a 100.000 habitantes, funcionando de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, com possível prorrogação até 21h.

24. Surgido em 1996 do anteriormente denominado Programa de Saúde da Família (PSF), este instituído em 1994 e que teve como antecedente o Programa Nacional de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), de 1991. Vide VIANA, Ana Luíza D’ávila.; DAL POZ Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *In Physis: Revista de Saúde Coletiva*, vol. 15(sup), pp. 225-264, 2005.

25. **Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde. Art.7º. (...) §4º** Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

I – CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes;

II – CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III – CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental,

residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial²⁶⁾, conforme quadro a seguir²⁷⁾:

inclusive CAPS Ad, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV – CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V – CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

VI – CAPS I: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

26. **Portaria 3.088/2011 do Ministério da Saúde. Art.5º.** A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

I – atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) equipe de atenção básica para populações específicas:
 1. Equipe de Consultório na Rua;
 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II – atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

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

III – atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) SAMU 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV – atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V – atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI – estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e

VII – reabilitação psicossocial.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Relatório Avanços e Desafios da Atenção Primária à Saúde**: balanço de ações 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2022, p. 116.

Serviços habilitados, por tipo, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

TIPOS DE HABILITAÇÕES	HABILITAÇÕES/ BENEFICIÁRIOS NOVOS NO ANO DE 2021	HABILITAÇÕES ATIVAS/ BENEFICIÁRIOS ATIVOS
Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) I, II, III e Infantil	49	2.330
Centros de Atenção Psicossocial AD (CAPS-AD, CAPS-AD III e CAPS-AD IV)	11	465
Leitos de Saúde Mental	20	1.894
Unidades de Acolhimento Adulto (UA)	0	44
Unidades de Acolhimento Infantojuvenil (UAI)	0	25
Programa de Volta para Casa (PVC)	235	4.332
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	2	801

Fonte: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAPS/MS), dez/2021.

O indicador da RAPS no âmbito do SISPACTO 2018-2021 é o indicador 21: Ações de matriciamento sistemático realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica. (Número de CAPS habilitados até 2020/número de registro de matriciamento de 2021 x 100). Resultado provisório* em 2021: 44,8%.

* Dados de registros de atendimento disponível até nov/2021.

Neste caso de atuação multisetorial, a importância da atenção primária à saúde é absolutamente essencial, eis que, por meio especialmente da desmedicalização, atua de forma preventiva e diretamente na comunidade, promovendo nesta a consciência sanitária²⁸ e evitando a institucionalização de eventuais pessoas que viriam a futuramente sofrer transtornos mentais sem a intervenção pretérita²⁹, sendo capaz de resolver cerca de 80% dos problemas em saúde³⁰.

Para tanto, faz-se necessário o devido treinamento dos profissionais e o apoio matricial (ou matriciamento) das equipes³¹ (que é um modo de realizar

28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018, p. 26.
29. LANCETTI, Antônio; AMARANTE, Paulo. Saúde mental e saúde da família. In CAMPOS, G.W.S., et. al. (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
30. STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.
31. Destaque nesse ponto para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), instituídos pela Portaria 154/2008 do Ministério da Saúde.

a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar, tanto em reuniões, quanto discussões e atendimentos compartilhados³²).

Tal necessidade se faz ainda mais presente em se considerando a “*complexidade invertida*”³³ quando se trabalha no campo da saúde mental no contexto da família (ou seja, uma maior complexidade na atenção primária no referido assunto, eis que deverá lidar com a família, as pessoas em crise, a vizinhança e demais atores sociais no território habitado).

Trabalhar com pessoas em seus reais mundos significa inverter a lógica da então delimitação física, emocional e espacial do modelo controlador clássico de internações³⁴, obrigando-se à criação de novos horizontes por meio do “*atravessamento do território geográfico com o território existencial*”³⁵ (este como sendo uma localização espaço-temporal em constante processo de construção nos aspectos individuais e grupais a partir de agenciamentos, possibilidades, agenciamentos e relações que os referidos atores estabelecem entre si³⁶).

As abordagens psicossociais passam a ser efetivadas de modo desinstitucionalizado e territorialmente, permitindo-se a construção das autonomias individualizadas por “*abordagens não medicalizantes e não psiquiatrizantes que visam à superação de práticas de saúde curativas individuais e organizadas por especialidades e da dicotomia entre relações individuais e subjetivas*”³⁷. E nesse ensejo é que a utilização de princípios basilares da atenção psicossocial devem fazer parte do cotidiano dos atendimentos, a exemplo da participação social, democratização, acolhimento e escuta polifônica³⁸.

32. BARROS, Juliana de Oliveira, *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. In **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 9, pp. 2847/2856, 2015.

33. Fala-se em “invertida” na área da saúde mental pelo fato de que, como regra geral, a complexidade na área da saúde se direciona da rede básica (com intervenções mais simples no contexto de atendimento pessoal) aos serviços secundários (composto pelos serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatorios) e terciários (através de recursos mais sofisticados e encontrados nos grandes hospitais, especialmente dos centros urbanos detentores de grande aporte tecnológico e procedimentos de alto risco). Vide LUCCHESI, Roselma, *et al.* Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. In **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, n. 09, 2009.

34. GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. (Coleção Debates). São Paulo: Editora Perspectiva; 2003.

35. LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: Editora Hucitec, 2006, p. 109.

36. GUATTARI, Félix GUATTARI, F. **As três ecologias**. Trad. Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas: Papirus, 1990, p. 30.

37. SOALHEIRO, Nina; MARTINS, Desiane. Atenção psicossocial e a (des)institucionalização como eixo de cuidado. In SOALHEIRO, Nina (org.). **Saúde mental para a atenção básica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017, p. 34.

38. PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; SANTOS, Manoel Antônio dos. Grupo de cuidado com a equipe de saúde mental: uma estratégia de desenvolvimento profissional. In **Journal of Human Growth and Development**, vol. 22, n. 01, pp. 01/08, 2012.

Entender o sofrimento alheio por meio da construção dinâmica e transformadora do projeto terapêutico dentro de determinada comunidade, abstraindo-se qualquer simplificação e adoção de fórmulas mágicas, é a forma de se conceder o cuidado integral à pessoa³⁹, como maneira de garantia de seu direito fundamental à dignidade.

Os referidos apontamentos pressupõem uma sociedade não conflituosa e desapegada da cultura de excessos individualistas consumeristas, indo para além do aspecto único da comunicação individual, exigindo, isso sim, verdadeira coesão social⁴⁰ e política⁴¹ transformadoras a exigir a atuação de todos, incluindo do Estado.

Tais delineamentos precisam ser diretamente conectados com a execução das políticas públicas em saúde, especialmente saúde mental no trabalho (SMT), conforme abaixo se analisará.

2. POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONAIS RELACIONADAS À SAÚDE DO TRABALHADOR

Feitas as necessárias apurações acima, passamos à análise de modo mais específico das atitudes e procedimentos do Estado, por atuação dos Poderes Legislativo e Executivo em relação à saúde do trabalhador, destacadamente em seus aspectos psíquicos.

2.1. *A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora: atenção à saúde mental no trabalho? Atuação dos Poderes Legislativo e Executivo*

Seguindo-se as diretrizes dos artigos 6º, I, “c” e V, §3º, 13, VI, 15, VI, 16, II, “c” e V, 17, IV, “d” e VIII, 18, III e IV, “e”, todos da Lei 8.080/1990 (que tratam no campo de atuação do SUS a execução de ações em saúde do trabalhador, incluído o meio ambiente laboral), no ano de 2002 houve a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), por meio da Portaria no 1.679/2002 do Ministério da Saúde (MS), que teve

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, p. 35.

40. DIMENSTEIN, Magda, *et al.* Determinação social da saúde mental: contribuições à psicologia no cuidado territorial. In **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, vol. 69, n. 02, pp. 72/87, 2017.

41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica**. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília. Janeiro de 2011, p. 14.

como objetivo a disseminação das ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes municipais e estaduais do Sistema Único de Saúde – SUS.

Em tal aspecto, as secretarias estaduais devem elaborar o Plano Estadual de Saúde do Trabalhador, conformando a rede estadual de atenção integral à saúde do trabalhador e em consonância com as diretrizes da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS) n. 01/2002: a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (artigo 2º, *caput*, da Portaria 1.679/2002 do MS).

A gestão e a coordenação das ações relativas à Saúde do Trabalhador no âmbito do Ministério da Saúde (incluindo todos os entes federativos) é exercida pela Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS (artigo 1º da Portaria 1.956/2007 do MS e artigos 4º, VI, 6º, I, 9º, I e 11, I da Portaria 1.378/2013 do MS⁴²). A respectiva organização e estruturação passaram a ser implantada pelas ações na rede de Atenção Básica e nos Programas de Saúde da Família (anterior PSF, atualmente Estratégia de Saúde da Família – ESF), bem como nas redes de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST⁴³) e ações na rede de assistência de média e alta complexidade do SUS, sempre sendo exigida a participação das organizações de trabalhadores urbanos e rurais (artigos 3º a 8º da Portaria 1.679/2002 do MS).

Os CERESTs surgiram como alternativas para facilitar o diálogo com os sindicatos e capacitar os profissionais a fim de desenvolverem as ações propostas⁴⁴. Dentre as suas atribuições e ações a serem desenvolvidas estão execução, organização e estruturação da assistência de média e alta complexidade, relacionados com os problemas e agravos à saúde, destacadamente

42. De modo mais específico, pela Coordenação-Geral de Segurança e Saúde no Trabalho (que faz parte do Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador), vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência, que possui (i) a Secretaria do Trabalho para formular, supervisionar e deliberar sobre diretrizes de políticas públicas e diretrizes e as normas referentes à fiscalização da legislação trabalhista e à segurança e à saúde do trabalhador, assim como (ii) Subsecretaria de Inspeção do Trabalho, que pode formular e propor as diretrizes e as normas de atuação da área de segurança e saúde do trabalhador, (iii) a Subsecretaria de Políticas Públicas de Trabalho, que pode auxiliar na elaboração de normas de saúde e segurança do trabalho e (iv) Subsecretaria do Regime Geral de Previdência Social, que pode propor, no âmbito da previdência e em articulação com os demais órgãos envolvidos, políticas destinadas à saúde e à segurança no trabalho e à saúde dos trabalhadores, com ênfase na proteção e na prevenção (artigos 1º, VIII, 18, II e IX e 19, II, 20, VI e 25, XIV do Decreto Presidencial 11.069/2002).

43. A serem organizados em todos os estados da Federação, com abrangência estadual e regional, definidos por ordem crescente de complexidade e distinção de atribuições, integrados entre si e com as referências em saúde do trabalhador desenvolvidas na rede ambulatorial e hospitalar.

44. DIAS, Elizabeth Costa; HOEFEL, Maria da Graça. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. In **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 10, n. 4, p. 819, 2005.

(i) alterações neurofisiológicas relacionadas ao trabalho e (ii) transtornos mentais condicionados pela organização do trabalho (Anexo II da Portaria 1.679/2002 do MS).

Assim, já é possível notar uma preocupação por parte do Ministério da Saúde em reconhecer e abordar a saúde mental no trabalho desde os níveis da Atenção Básica.

Consequentemente, considerando que a gravidade do quadro de saúde dos trabalhadores brasileiros é expressamente apresentado, entre outros indicadores, pelos acidentes do trabalho e doenças relacionadas ao trabalho, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria 777/2004, passou a regulamentar a notificação compulsória de agravos à saúde do trabalhador (acidentes e doenças relacionados ao trabalho, considerando como agravo de notificação compulsória, dentre outros, os “Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho”, conforme artigo 1º, §1º, X da Portaria 777/2004 do MS, complementado pelo subitem “6” do item “I” do anexo presente à Portaria 205/2016 do MS e Portaria de Consolidação 05/2017 do MS.).

De acordo com os artigos 2º a 4º da Portaria 777/2004 do MS, tais notificações devem ser feitas por funcionários qualificados pelo SUS em articulação com os procedimentos técnicos da vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica (seguindo-se a diretriz do artigo 6º, §3º da Lei 8.080/1990) e através da Rede Sentinela de Notificação Compulsória de Acidentes e Doenças Relacionados ao Trabalho (que abrange os CERESTs, os hospitais de referência para o atendimento de urgência e emergência, bem como e serviços de atenção básica e de média complexidade credenciados como sentinelas, por critérios a serem definidos em instrumento próprio).

Finalmente, considerando o papel do Ministério da Saúde de coordenar nacionalmente a política de saúde do trabalhador (16, V da Lei 8.080/1990), fora instituído, por meio da Portaria 1.823/2012, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT⁴⁵), que serviu, *“entre muitos outros aspectos, para superar o distanciamento entre a produção de conhecimentos de setores da academia e as necessidades de fundamentação na prática dos serviços”*⁴⁶.

Baseado nisso, o artigo 2º da Portaria 1.823/2012 do MS, a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem obser-

45 Instituída por meio do Decreto 7.602/11, conferindo competência ao Ministério do Trabalho e Previdência em conjunto com o Ministério da Saúde, de acordo com o item V do referido Decreto.

46 MINAYO-GOMEZ, Carlos; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. In **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 6, p. 1.967, jun/2018.

vados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos.

Seguindo o item “7” do Anexo I, a referida Portaria trabalha com o pressuposto da importância das ações de promoção, proteção e prevenção em saúde do trabalhador e trabalhadora. Isso porque parte do entendimento de que os problemas de saúde decorrentes do trabalho são potencialmente preveníveis, razão pela qual institui uma política que deve fomentar a substituição de matérias primas, tecnologias e processos organizacionais prejudiciais à saúde por substâncias, produtos e processos menos nocivos, orientando-se pela priorização de medidas de controle dos riscos na origem e de proteção coletiva.

O público-alvo e áreas de atuação são amplos, considerando-se todos os trabalhadores, homens e mulheres, independentemente de sua localização (urbana ou rural), de sua forma de inserção no mercado de trabalho e de seu vínculo de trabalho, abrangendo o labor formal ou informal, público ou privado, autônomo, avulso, temporário, cooperativados, aprendiz, estagiário, doméstico, aposentado ou desempregado (artigos 3º, *cap/ut* e 7º da Portaria 1.823/2012 do MS).

Ao considerar a transversalidade das ações de saúde do trabalhador e o trabalho como um dos determinantes do processo saúde-doença, exigem os artigos 3º, parágrafo único e 9º da referida Portaria a interdisciplinaridade da PNSTT com o conjunto de políticas públicas do SUS e qualificação das equipes. Tal atuação interdisciplinar na fiscalização da saúde no trabalho e necessidade de qualificação das equipes para manutenção e continuidade das ações e longitudinalidade do cuidado são fortalecidas pela Resolução 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (destacadamente artigos 3º, 6º, XI, 8º, II e IV e 9º, I, “e”).

Segundo o artigo 8º da Portaria 1.823/2012 do MS, os objetivos da PNSTT são amplos, abrangendo o fortalecimento da vigilância em saúde do trabalhador e integração com os demais componentes da vigilância em saúde com a participação democrática, pressupondo identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde da mesma no território e das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território. Também abrange a realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores, intervenção nos processos e ambientes de trabalho, produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de vigilância, controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas

públicas e privadas, produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares e participação dos trabalhadores e suas organizações.

Ademais, ainda dentro dos objetivos, apresenta-se a promoção da saúde em ambientes e processos de trabalhos saudáveis, o que pressupõe, dentre outros, o fortalecimento e articulação das ações de vigilância em saúde, identificando os fatores de risco ambiental, com intervenções tanto nos ambientes e processos de trabalho, como no entorno. Isso deve levar em consideração a qualidade de vida dos trabalhadores e da população circunvizinha, inserção, acompanhamento e avaliação de indicadores de saúde dos trabalhadores e das populações circunvizinhas nos processos de licenciamento e nos estudos de impacto ambiental e desenvolvimento de estratégias e ações de comunicação de risco e de educação ambiental e em saúde do trabalhador.

Além disso, deve garantir, dentre os objetivos, a integralidade na atenção à saúde do trabalhador, que pressupõe a inserção de ações de saúde do trabalhador em todas as instâncias e pontos da Rede de Atenção à Saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do trabalhador na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede. Consideram-se os componentes da atenção primária em saúde, atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação, atenção pré-hospitalar, de urgência e emergência, e hospitalar, rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, sistemas de informações em saúde, sistema de regulação do acesso, sistema de planejamento, monitoramento e avaliação das ações, sistema de auditoria e promoção e vigilância à saúde, incluindo a vigilância à saúde do trabalhador.

Conforme artigo 10 da Portaria 1.823/2012 do MS, são responsabilidades da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seus respectivos âmbitos administrativos, dentre outras, a garantia de transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador. Além disso, a orientação e ordenamento dos fluxos das ações e dos serviços de saúde do trabalhador, o monitoramento do acesso às ações e aos serviços de saúde do trabalhador, asseguramento da oferta regional das ações e dos serviços de saúde do trabalhador, estabelecimento e garantia da articulação sistemática entre os diversos setores responsáveis pelas políticas públicas, para analisar os diversos problemas que afetam a saúde dos trabalhadores e pactuar uma agenda prioritária de ações intersetoriais e desenvolvimento de estratégias para identificar situações que resultem em risco ou produção de agravos à saúde, adotando e ou fazendo adotar medidas de controle quando necessário.

Nesse ponto ganham enorme relevância prática os CERESTs, cabendo aos mesmos, segundo o artigo 15 da Portaria 1.823/2012 do MS, desempenhar as funções de suporte técnico, de educação permanente, de coordenação de projetos de promoção, vigilância e assistência à saúde dos trabalhadores.

Ademais, no âmbito da sua área de abrangência, deve dar apoio matricial para o desenvolvimento das ações de saúde do trabalhador na atenção primária em saúde (equacionado a partir da constituição de equipes multiprofissionais e do desenvolvimento de práticas interdisciplinares, com estabelecimento de relações de trabalho entre a equipe de matriciamento e as equipes técnicas de referência, na perspectiva da prática da clínica ampliada, da promoção e da vigilância em saúde do trabalhador), nos serviços especializados e de urgência e emergência. Além disso, deve atuar na promoção e vigilância nos diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e atuar como centro articulador e organizador das ações intra e intersetoriais de saúde do trabalhador, assumindo a retaguarda técnica especializada para o conjunto de ações e serviços da rede SUS e se tornando polo irradiador de ações e experiências de vigilância em saúde, de caráter sanitário e de base epidemiológica. As ações a serem desenvolvidas pelos CEREST serão planejadas de forma integrada pelas equipes de saúde do trabalhador no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), sob a coordenação dos gestores.

Segundo o artigo 18 da Portaria 1.823/2012 do MS, o financiamento da PNSTT se vale de recursos dos fundos nacionais, estaduais e municipais de saúde. No entanto, fica facultado aos gestores de saúde a utilização de outras fontes de financiamento, como (i) ressarcimento ao SUS, pelos planos de saúde privados, dos valores gastos nos serviços prestados aos seus segurados, em decorrência de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, ou (ii) repasse de recursos advindos de contribuições para a seguridade social, ou (iii) por meio de criação de fundos especiais e parcerias com organismos nacionais e internacionais para financiamento de projetos especiais, de desenvolvimento de tecnologias, máquinas e equipamentos com maior proteção à saúde dos trabalhadores, especialmente aqueles voltados a cooperativas, da economia solidária e pequenos empreendimentos.

A necessidade de capacitação da equipe, inclusive em saúde mental do trabalhador, é expressa no artigo 9º, VI e §3º, II da Portaria 1.823/2012 do MS, demonstrando-se, mais uma vez, a importância da temática no âmbito do SUS. Dentro de tal lógica, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) a saúde mental no trabalho é tratada por profissionais de uma série de especialidades, podendo ser realizados vários tipos diferentes de exames complementares e realizados serviços distintos de saúde, recomendando-se

a intervenção pela ESF, NASF e CAPS (este último mais em casos extremos, como de crises⁴⁷), conforme se observa no quadro abaixo⁴⁸:

Agravos	Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho
Especialidades	Psiquiatria e/ou clínico-geral. Médico(a) do Trabalho, psicólogo(a), enfermeiro(a), assistente social.
Exames Complementares	Aplicar Protocolo de Saúde Mental e Trabalho. Aplicação de instrumentos para avaliar os fatores psicossociais no trabalho, sinais de sintomas de transtornos mentais. Aplicação de testes psicológicos. Exames toxicológicos para trabalhadores(as) expostos a produtos químicos de risco para a saúde mental.
Serviços de Saúde	Acompanhamento ambulatorial em UBS (eAB/eSF/NASF-AB), ambulatorios ou serviços de especialidades como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), psiquiatria e medicina do trabalho. Ações de apoio matricial e vigilância em saúde por Cerest e serviços de vigilância em saúde.
Outros Serviços/ Instituições	Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos. MPT, SRTE, Cras e Creas.

Segundo a SVS⁴⁹, o manejo dos casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho pelas equipes de Atenção Básica se dá da seguinte forma:

47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 97.

48. Saúde do trabalhador e da trabalhadora / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Cadernos de Atenção Básica, n. 41**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019, p. 56.

49. *Ibidem*, p. 89.