



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CÂMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

MILENA PEREIRA DE SOUZA

**INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NA SAÚDE MENTAL: PARTICULARIDADE DA
SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO TOCANTINS, UMA ANÁLISE DOS
ANOS DE 2020 A 2022**

**MIRACEMA DO TOCANTINS, TO
2023**

Milena Pereira de Souza

**Intervenção psicossocial na saúde mental: particularidade da saúde do
trabalhador no estado do Tocantins, uma análise dos anos de 2020 a 2022**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema, para obtenção de título de bacharel em Serviço Social

Orientadora: Prof^a Dr^a Ingrid Karla da Nóbrega Beserra

Miracema do Tocantins, TO

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

- S729i Souza, Milena Pereira de.
Intervenção psicossocial na saúde mental: Particularidade da saúde do trabalhador no estado do Tocantins, uma análise dos anos de 2020 a 2022. / Milena Pereira de Souza. – Miracema, TO, 2023.
109 f.
- Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins –
Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Serviço Social, 2023.
Orientadora : Ingrid Karla da Nóbrega Beserra
1. Saúde mental. 2. Intervenção psicossocial. 3. Saúde do
trabalhador. 4. Tocantins. I. Título

CDD 360

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MILENA PEREIRA DE SOUZA

INTERVENÇÃO PSICOSSOCIAL NA SAÚDE MENTAL: PARTICULARIDADE DA
SAÚDE DO TRABALHADOR NO ESTADO DO TOCANTINS, UMA ANÁLISE DOS
ANOS DE 2020 A 2022

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Miracema, Curso de Serviço Social foi avaliado para obtenção do título de Trabalho de Conclusão de Curso e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data de aprovação: 11 / 07 / 2023

Banca examinadora:

Prof. (a) Dr. (a) Ingrid Karla da Nóbrega Beserra, orientadora, UFT

Prof. (a) Dr. (a) Josenice Ferreira dos Santos Araújo, examinadora, UFT

Assistente Social Sayonara Cristina Pereira de Carvalho, examinadora, Cerest TO

Dedico este trabalho a todos os trabalhadores e trabalhadoras usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), à minha família e a comunidade da minha cidade natal Chapada de Natividade – TO!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela luz, pelas orações atendidas e por todas as pessoas que contribuíram para a minha trajetória na Universidade.

À Profa.^a Dra.^a Mariléa Borges pelo incentivo a pesquisa e por me direcionar a uma excelente profissional, minha orientadora de TCC.

Em especial a minha orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso, Profa.^a Dra.^a Ingrid Karla da Nóbrega Beserra, uma excelente orientadora e profissional que contribuiu imensamente para o desenvolvimento da pesquisa e incentivo a continuar estudando e pesquisando sobre o tema saúde mental.

Agradeço genuinamente minha família. À minha mãe (Joana), por todo apoio, palavras de incentivo, força e inspiração como mulher e mãe solo. Às minhas irmãs (Jeovana e Thayla Vitória) pela doçura e por me fazer enxergar cada vez mais que a vida deve ser vivida de forma leve e autêntica, me incentivando a ser uma pessoa melhor para elas e para as pessoas ao meu redor. Dedico também a minha avó (Martinha) *in memoriam*, a quem eu tanto amo e tenho como exemplo de força, determinação e alegria.

Às minhas colegas de graduação, em especial Marilete, Sarah Hanna, Valdiná, Maria Cleide e Maysa, com quem compartilhei risos, angústias universitárias, trocas de conhecimentos e aprendizados e que espero poder levar as experiências compartilhadas durante esse período juntas, em minha trajetória pessoal e profissional.

Às minhas amigas Ingrid Lorrane, com quem eu já tinha vínculo e compartilhei moradia no início da graduação, fortalecendo a nossa amizade, dividindo angústias, momentos maravilhosos, felicidades e muitas risadas. À Michelle Alves, com quem dividi momentos e diálogos necessários, me inspirando de forma humanizada. E à Vanusa, pessoa especial que em um acaso de nossas vidas nos aproximamos e que foi luz em meu caminho.

À minha supervisora de estágio Sayonara Cristina, com quem partilhei bons momentos de aprendizado e de direcionamento na área de saúde do trabalhador e me inspirou na continuação de meus estudos sobre a linha de pesquisa e da execução da especialidade da profissão.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo analisar a intervenção psicossocial no âmbito da saúde mental direcionada aos estudos da trajetória histórica da rede de saúde, percorrendo sobre a relação saúde mental e seus fundamentos relacionados ao trabalho. Na mesma linha é exemplificado o lugar social da loucura e como eram tratados os sujeitos sociais com algum tipo de transtorno, sendo os estudos da época acerca do tema insuficientes. Ao longo das novas formas de trabalho e atualização nos modos de produção capitalista, o adoecimento mental vem dominando os trabalhadores e trabalhadoras mundialmente. Visando alcançar os objetivos da pesquisa, os procedimentos metodológicos se baseiam na utilização do apoio de material bibliográfico e documental de caráter quali-quantitativo para melhor compreensão e entendimento, com autores que abrangem o tema saúde e suas ramificações, e saúde mental e seu contexto atual. O uso do método observacional se faz presente na pesquisa, haja vista na relação do trabalho de conclusão com o campo de estágio, que requer em primeiro momento o uso da observação e análise, descritos no diário de campo de estágio. Foi utilizado na pesquisa o método estatístico, fazendo jus aos dados quali-quantitativos por se tratar objetivamente de dados e percentuais numéricos acerca dos casos de transtorno mental e os diagnósticos específicos nas regiões de saúde do estado do Tocantins, entre os anos de 2020 a 2022. Através do resultado dos dados, foi feita a construção de gráficos objetivando reforçar as conclusões obtidas através dos dados retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

Palavras-Chave: Saúde Mental. Intervenção Psicossocial. Trabalho. Tocantins.

ABSTRACT

The present work aims to discuss and analyze the psychosocial intervention in the field of mental health directed to studies of the historical trajectory of the health network, discussing the mental health relationship and its fundamentals related to work. In the same vein, the social place of madness is exemplified and how individuals with some type of disorder were treated, with insufficient studies at the time on the subject. Along with the new forms of work and updating of capitalist production modes, mental illness has been dominating male and female workers worldwide. Aiming to achieve the research objectives, the methodological procedures are based on the use of bibliographic support of a qualitative nature for better understanding and understanding, with authors that cover the theme of health and its ramifications, and mental health and its current context. The use of the observational method is present in the research, as seen in the relationship between the conclusion work and the internship field, which first requires the use of observation and analysis, described in the internship field diary. The statistical method was used in the research, doing justice to the qualitative and quantitative data because it is objectively data and numerical percentages about cases of mental disorders and specific diagnoses in the health regions of the state of Tocantins, between the years 2020 to 2022. Through the result of the data, the construction of statistical graphs was made with the aim of reinforcing the conclusions obtained through the data taken from the Information System for Notifiable Diseases (Sinan).

Key-words: Mental Health. Psychosocial Intervention. Work. Tocantins.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASSTT	Análise de Situação de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Classificação Brasileira de Ocupação
CDI	Classificação Internacional de Doenças
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CVV	Centro de Valorização da Vida
DART	Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RS	Região de Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMAPS	Saúde Mental e Apoio Psicossocial
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
ST	Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TO	Tocantins
UA	Unidade de Acolhimento
UAA	Unidade de Acolhimento Adulto
UAI	Unidade de Atendimento Infante Juvenil
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VAPT	Vigilância em Ambientes e Processos de Trabalho

VESAT
VISAT

Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador
Vigilância e Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	SAÚDE MENTAL E OS FUNDAMENTOS RELACIONADOS AO TRABALHO.....	13
2.1	O lugar social da loucura e o adoecimento mental	14
2.2	Conceito ampliado de saúde e saúde mental	25
2.3	Reforma psiquiátrica no Brasil	31
2.4	Debate da Saúde e Saúde Mental no Estado do Tocantins	37
2.5	Desafios no processo de intervenção psicossocial	40
3	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL	46
3.1	Acesso a política pública de saúde e o processo de intervenção psicossocial	47
3.2	Estratégias de atendimento e intervenção psicossocial da política de saúde e equipe multiprofissional	52
3.3	Desafios encontrados no atendimento psicossocial e na política de saúde	60
4	ESTUDO, PESQUISA E ANÁLISE DE DADOS REFERENTES AO CAMPO DE ESTÁGIO NO CEREST ESTADUAL DO TOCANTINS: UMA ANÁLISE CONJUNTA DOS DADOS ELABORADOS NA INSTITUIÇÃO.....	66
4.1	Estudo, pesquisa e análise dos dados referentes ao campo de estágio no Cerest Estadual do Tocantins: uma análise da particularidade psicossocial	66
4.2	Instrumentais utilizados para a pesquisa referente ao campo de estágio.....	68
4.3	Particularidades da rede de Saúde do Trabalhador no Estado do Tocantins	74
4.4	Estudos realizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) sobre Transtornos Mentais relacionados ao Trabalho: Uma análise do período de março de 2020 a dezembro de 2022 no Estado do Tocantins.....	78

4.4.1	Dados referentes ao Transtorno Mental nos anos de 2006 a 2017 no Brasil	80
4.4.2	Dados referentes ao Transtorno Mental nos anos de 2020 a 2022 no estado do Tocantins.....	82
4.5	Análise dos dados: comparação dos dados de 2016 a 2019 com o período da pandemia da Covid-19 no Tocantins, 2020 a 2022	93
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	98
	ANEXOS.....	104

1 INTRODUÇÃO

A pesquisa tem por objetivo abranger estudos sobre o conceito de saúde e saúde mental e sua historicidade, como demandam as políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS) e os desafios existentes no processo de intervenção psicossocial. A particularidade analisada se refere ao estado do Tocantins. Para a construção do referencial teórico, foram realizadas pesquisas qualitativas no Banco de Tese da Capes, na biblioteca da Universidade Federal do Tocantins (UFT) e em artigos *idexados*, sendo estas, pesquisas ainda insuficientes, por não tratarem de maneira particular sobre o transtorno mental no estado em questão.

A metodologia apresentada se baseia ainda no direcionamento dos objetos de pesquisa à análise documental, por meio do Plano de Estágio de Intervenção I, Análise Institucional de estágio, dados quantitativos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), material bibliográfico e observação participante, que faz parte do Diário de campo do estágio.

O estágio supervisionado, realizado na Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), contribuiu para a realização da descoberta do objeto de pesquisa no sentido de proximidade e interesse da pesquisadora com o tema. As experiências bibliográficas e práticas da estagiária com a temática, saúde do trabalhador e transtornos mentais relacionados ao trabalho, foi de grande relevância para que a pesquisa se desenvolvesse. O Cerest Estadual do Tocantins se relaciona com a intervenção psicossocial na saúde mental no sentido de tratar sobre a saúde do trabalhador e ter com um dos agravos, os transtornos mentais relacionados ao trabalho.

Na perspectiva de Trabalho de Conclusão de Curso e experiência de estágio é relevante frisar a importância da articulação de ambas, pois:

O estágio se constitui num instrumento fundamental na formação da análise crítica e da capacidade interventiva, propositiva e investigativa do(a) estudante, que precisa apreender os elementos concretos que constituem a realidade social capitalista e suas contradições, de modo a intervir, posteriormente como profissional, nas diferentes expressões da questão social, que vem se agravando diante do movimento mais recente de colapso mundial da economia, em sua fase financeira, e de desregulamentação do trabalho e dos direitos sociais (ABEPSS, 2010, p. 11).

Outra articulação a se fazer é a do tripé estágio, pesquisa e extensão, capazes de reafirmar o estudo teoria e prática como imprescindível no desenvolvimento do

aluno na Universidade, mesmo que, segundo a ABEPSS (2010, p. 37), “(...) tal articulação com as atividades de ensino, pesquisa e extensão, não devem se confundir com o estágio Supervisionado em si, merecendo aqui o tratamento devido ao Estágio em Extensão e o Estágio em Pesquisa”. Dessa forma se vê a importância da realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) com base na experiência de estágio.

Os objetivos da pesquisa se encontram em apresentar o conceito ampliado de saúde e saúde mental, identificar os transtornos mentais relacionados ao trabalho e apontar as formas de intervenção psicossocial, prevenção e promoção a saúde mental. Isso, fazendo referência a leis, portarias e notas técnicas que garantam o direito à qualidade de vida, segurança no trabalho e ambientes e processos de trabalho saudáveis, além da menção da equipe multiprofissional, juntamente ao assistente social, responsáveis pelo processo de intervenção nos espaços ocupacionais do estado do Tocantins.

2 SAÚDE MENTAL E OS FUNDAMENTOS RELACIONADOS AO TRABALHO

A problemática acerca do trabalho e do adoecimento mental dos trabalhadores, há muito tempo vem sendo estudada. Nesse sentido, alguns dos apontamentos é de que o trabalho flexível é um dos principais agentes causadores dos afastamentos no mercado de trabalho. Na obra, “O Privilégio da Servidão”, Antunes (2018) ressalta o seguinte:

A flexibilidade ou flexibilização constitui hoje uma espécie de síntese ordenadora dos múltiplos fatores que fundamentam as alterações na sociabilidade do capitalismo contemporâneo. Do ponto de vista de seu impacto nas relações de trabalho, a flexibilização se expressa na diminuição drástica das fronteiras entre atividade laboral e espaço da vida privada, no desmonte da legislação trabalhista, nas diferentes formas de contratação da força de trabalho e em sua expressão negada, o desemprego estrutural (ANTUNES, 2018, p. 159)

Isso pode ser percebido hoje pelo esgotamento mental no trabalho, mesmo que, comparado a outros períodos históricos em que a carga horária de trabalho era muito maior, os trabalhadores hoje se sentem mais sobrecarregados, atarefados, insatisfeitos e com a sensação de que o tempo passa mais rápido. O fator advindo desse tipo de esgotamento mental é o desdobramento das multitarefas, em que um único trabalhador executa tarefas alheias a sua e a falta de motivação devido os baixos salários, sendo cobrados o cumprimento de metas e a qualidade de seus serviços:

Essas diversificadas formas de manifestação da flexibilidade no cotidiano do trabalho, além de resultarem pura e simplesmente de adaptações organizacionais potencializadas por inovações tecnológicas, constituem um traço essencial da atual fase de desenvolvimento do capitalismo. (ANTUNES, 2018, p. 159)

Essa flexibilização vem do contexto da expansão da economia, advinda de esferas de crises financeiras e suas retomadas. Outro fator de esgotamento mental é a terceirização, que impõe aos trabalhadores formas de contratação por tempo determinado, objetivando viabilizar a flexibilização de relações de trabalho auxiliando na desestrutura da classe trabalhadora. Essas estratégias contaminaram a indústria, a agricultura e as empresas. A diferença é notória em níveis salariais, jornada prolongada, rotatividade, intensificação, planos de saúde, adoecimento e outros variados aspectos socioeconômicos e ambientais:

Ao criar e acentuar tantas diferenciações, a terceirização aumenta ainda mais a fragmentação, a heterogeneização e a divisão intraclasse trabalhadora, além da concorrência entre os que trabalham no mesmo espaço produtivo. Impõe, dessa forma, uma divisão entre os distintos sindicatos existentes em uma mesma empresa. Desse modo, essas precárias condições de trabalho têm contribuído para ampliar a deterioração das condições de saúde. (ANTUNES, 2018, p. 167)

O discurso empresarial é contrário, e “(...) justifica a terceirização como parte da “modernização” das empresas na era da globalização, visando maior “especialização” das atividades produtivas (...)” (Antunes, 2018, p. 167). Pesquisas apontam que a instituição empresarial terceiriza no sentido de transferir os riscos e a responsabilidade para o trabalhador, já que os direitos trabalhistas e exigências da legislação quem fornece é a empresa contratante.

Diante da conformação da flexibilização do trabalho acerca da terceirização, Antunes (2018, p. 195) ressalta o seguinte:

A terceirização vem se conformando como um dos principais instrumentos, nos mais diversos ramos e setores produtivos, para incrementar a acumulação flexível que se desenvolve com a desconcentração produtiva das redes de subcontratação (empresas terceirizadas), do trabalho em equipe, da flexibilidade salarial, das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos “semiautônomos”, além de exercitar, ao menos no plano discursivo, o “envolvimento participativo” dos trabalhadores e das trabalhadoras. (ANTUNES, 2018, p. 195)

O termo saúde mental abrange uma grande área, onde neste capítulo será discutido sobre seus fundamentos relacionados ao trabalho. Para o desenvolvimento de pesquisas dessa natureza, é necessário que haja um olhar voltado ao passado, analisando a historicidade em volta do tema, por meio da qual serão compreendidos o contexto da origem de doenças mentais no ambiente de trabalho e seus impactos para a classe trabalhadora.

Os seguintes tópicos apresentarão o contexto histórico do lugar social da loucura e o adoecimento mental disposto no tópico 1.1, seguido pelo tópico 1.2 com o conceito ampliado de saúde e saúde mental e o 1.3 com o debate da saúde mental e a Reforma Psiquiátrica no estado do Tocantins.

2.1 O lugar social da loucura e o adoecimento mental

A temática sobre a loucura no mundo não dispensa a visão do tema saúde, assim distinguida como o “(...) bem-estar individual, com interesse coletivo e como

condição essencial de vida em liberdade.” (Berlinguer, 1999, p. 22). Assim, a saúde na contemporaneidade é vista como problema global, abarcada em fatores que precisam ser trabalhados e melhorados:

A saúde global é uma finalidade social desejável, hoje descuidada ou deformada pela influência do fundamentalismo monetário, mas merecedora de evidência prioritária, seja por seu valor intrínseco, seja como símbolo do predomínio de valores humanos sobre outros interesses. (BERLINGUER, 1999, p. 23)

O adoecimento mental, combinado a transtornos mentais causados pela preocupação excessiva, parte de um ponto histórico iniciado em 1492, com a conquista da América e em consequência a passagem de povos e doenças. Mas, segundo afirma Berlinguer (1999):

Antes disso, diferentes condições de ambiente, de nutrição, de organização social e cultural, de presença ou ausência de agentes e de vetores biológicos das doenças transmissíveis haviam criado quadros epidemiológicos muito desiguais, no velho e no novo mundo (BERLINGUER, 1999, p. 23).

Com isso, o impacto no mundo devido ao trânsito populacional e de doenças, foi uma das causas de um grande genocídio devido à falta de conhecimento e infraestrutura sobre os vírus e epidemias que surgiam, até mesmo de suicídio, devido a insatisfação com a vida.

Causas que devem se buscar na perda da identidade, de segurança e de poder dos povos do novo mundo, e, portanto, no extermínio deliberado, no trabalho escravo e mortífero das minas, na ruptura de equilíbrios alimentares e no colapso psicológico e cultural que reduziu a resistência às doenças e causou até mesmo epidemias de suicídio. (BERLINGUER, 1999, p. 24).

O adoecimento mental no mundo contemporâneo tem aumentado gradualmente. Com isso, nota-se os transtornos mentais como agravos sérios e prevalentes na sociedade. Viapiana; Gomes; Albuquerque, (2018, p. 176), citam dados quantitativos segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS):

(...) transtornos mentais como depressão, abuso de álcool, transtorno bipolar e esquizofrenia se encontram entre as 20 principais causas de incapacidade. A OMS estima que atualmente a depressão afeta cerca de 350 milhões de pessoas, sendo que a taxa de prevalência na maioria dos países varia entre 8% e 12%. É a principal causa de incapacitação dos indivíduos no mundo quando se considera o total de anos perdidos (8,3% dos anos para homens e 13,4% para mulheres) e a terceira principal causa da carga global de doenças em 2004. (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 176)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera ainda de que há previsão para o aumento do número de casos de pessoas com depressão no mundo. “A previsão é de subir ao primeiro lugar até 2030.” (Viapiana; Gomes; Albuquerque, 2018, p. 176). A relação entre o adoecimento mental e o trabalho é o ponto mais predominante para o aumento e fortalecimento de transtornos, além de ainda ser um tema pouco estudado, pois: “O fato de o sofrimento psíquico não possuir caráter tangível e ser menos visível que os agravos orgânicos, dificulta o estabelecimento do chamado ‘nexo causal’ entre trabalho e adoecimento.” (Viapiana et al, 2018, p. 176). Assim, a compressão entre saúde-doença e trabalho são colocadas como distintas, visto que:

(...) para a primeira, a causa do adoecimento dos trabalhadores deve ser identificada no indivíduo, em suas características fisiológicas, psíquicas, sociais e em seu contexto de vida; a segunda defende e naturaliza a ideia de que o trabalho produz sofrimento e que isso não pode ser mudado, é uma determinação inquestionável e intransponível. (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 177).

Para tanto, os estudos na área da saúde vêm se ampliando, especificamente a saúde do trabalhador e a saúde mental e o trabalho. Desse modo, se faz necessário compreender que a saúde mental em um processo social determinado sob a ótica do processo saúde-doença é designada a partir da dimensão biológica e psíquica humana, ou seja, a partir das relações sociais, contexto histórico e cultura. Por este motivo, Viapiana; Gomes; Albuquerque, (2018, p. 177) relatam que:

(...) é necessário analisar os processos estruturais de cada sociedade, decorrentes de determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção. Esse complexo delimita um modo de produção específico, abrangendo determinadas classes sociais e suas frações. (VIAPIANA; GOMES, ALBUQUERQUE, 2018, p. 177)

As classes e grupos sociais possuem seus próprios arranjos, com suas particularidades e características dentro das formações sociais concretas. “Dessa forma, o estudo de determinada condição saúde-doença envolve a análise de processos estruturais do modo de produção predominante em dada formação social.” (Viapiana; Gomes; Albuquerque, 2018, p. 179). Este estudo, colabora para a análise do capitalismo contemporâneo em volta do processo de trabalho, sendo possível “(...) apreender em profundidade o perfil epidemiológico da sociedade contemporânea, marcado pelas altas taxas de sofrimento e de adoecimento psíquico.” (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 179)

O contexto de loucura no Brasil tem sua trajetória pautada no privilégio da classe burguesa em se concentrar nos grandes centros e a classe trabalhadora, por necessidade, se aglomerar nas periferias pela desapropriação dos bairros das cidades. Nisso, pessoas com os mais diversos tipos de transtornos mentais, pessoas com deficiência, crianças, idosos e usuários de álcool e drogas, sendo sua maioria pertencentes a classes mais baixas, eram internadas em clínicas psiquiátricas e manicômios convivendo em muito dos casos até a sua morte. Porém, “A loucura no Brasil nem sempre foi à loucura do manicômio. Esse processo é produzido *pari passu* com a expansão e transformação das grandes cidades em cidades modernas baseadas nos ideais burgueses.” (PALADINO; AMARANTE, 2022, p. 11)

Desse modo, a loucura no Brasil é vista como construção social submersa nas múltiplas argumentações de poder e passou por fases de transformação fazendo com que, no ponto de vista da psiquiatria, houvesse uma ruptura entre sujeito e razão. Assim, o espaço social da loucura adquiriu mudanças e novas formas de recuperação, ganhando “(...) um novo lugar no imaginário social ao mesmo tempo que um novo lugar na cidade.” (PALADINO; AMARANTE, 2022, p. 8)

A discussão sobre a loucura, adoecimento mental e saúde mental ainda são temas desafiadores para a sociedade, mesmo com toda a sua trajetória e o significado da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Paladino e Amarante (2022, p. 8) discutem:

(...) tornou-se claro que abordar a questão dos espaços, arquiteturas e discussão de cidade no processo de RPB é, além de um desafio, necessário e relevante à medida que dá centralidade a uma temática que comumente habita a periferia das discussões. Tal processo, sendo entendido como um processo social complexo que, portanto, é vivo, dinâmico, perpassa diferentes âmbitos e deve estar sempre sendo analisado, deveria dar centralidade à discussão arquitetural e espacial como um dos pilares de superação do paradigma manicomial. (PALADINO e AMARANTE, 2022, p. 8)

Com a reestruturação das cidades, a sociedade foi vista como objeto de intervenção, porém a loucura ainda era excluída e o uso de medicamentos era constante:

É neste contexto, que diferentes párias sociais são enquadradas como “desarrazoados” e empurrados para os manicômios que também ficavam nas periferias da “cidade moderna bela e organizada” em uma dinâmica de medicalização da loucura, que configurava uma questão social e higienista capturada pelo interesse científico e o discurso do progresso. (PALADINO, AMARANTE, 2022, p. 11)

A cidade, apresentando uma diversidade populacional complexa, afasta as pessoas de classes mais baixas, os chamados “excluídos”, para as suas margens, deixando os indivíduos isolados. Os manicômios, por sua vez, também tinham suas localidades afastadas das cidades, conseqüentemente, os indivíduos que já eram excluídos por serem diferentes e sua maioria negros e que sempre ocuparam lugar no ranking de exclusão da sociedade, acabaram sofrendo também as conseqüências desse outro aspecto.

A modificação começou a ser pensada e discutida através da Reforma Psiquiátrica, que atribuiu estratégias de superação dos moldes manicomial, além de ser “um processo permanente e contínuo, pautado na mobilização social (...)” (PALADINO; AMARANTE, 2022, p. 13)

Um modelo de padrão claro e evidente da exclusão social dos indivíduos, envolvia em sua maioria, pessoas nas quais fugiam das regras postas pela sociedade, pois os mais variados tipos de transtornos existentes hoje eram desconhecidos até poucos anos atrás. Um exemplo real disso foi o que ocorreu no Hospital Psiquiátrico Brasileiro de Barbacena – Minas Gerais, designado como Hospital Colônia, onde ocorreu um genocídio, permitindo que cerca de 60 mil pessoas viessem a óbito ao longo da permanência na clínica.

A instituição se localizava afastado da cidade e foi considerado como o holocausto brasileiro pela tragédia ocorrida com os pacientes, o número significativo de violência, violação dos direitos humanos e a morte de cada indivíduo dentro do maior hospício do Brasil.

Dentro da instituição criada em 1903, pessoas com os mais variados tipos de transtornos mentais, deficiência física e até pessoas sãs, como crianças rejeitadas pelos pais e com mau comportamento, mulheres vítimas de abuso sexual pelos seus patrões e homens importantes, sendo muitos deles casados e que mandavam a força as mulheres para esconder seus crimes, além de homossexuais, sendo todos estes “indesejados pela sociedade”.

Estas pessoas eram inseridas na unidade permanecendo por longos períodos de tempo, devido ao desconhecimento de muitas doenças e problemas psicológicos daquela época, além da desumanização e preconceito sofrido através dos profissionais e pela instituição.

A questão da sexualidade relacionado ao conceito de saúde mental, possui grande relevância em ser tratado no meio social, pois diz respeito a questão da

estigmatização desse público, não se tratando de uma doença, mas de todo um contexto histórico que precisa ser observado em sua totalidade.

A pertinência na internação de pessoas nos manicômios, dentre elas as mulheres e o grupo LGBT – Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, apesar de não se inserirem como sujeitos com patologias, sendo alterações fisiológicas que ocasionam doença, “(...) o processo de sofrimento não as abandonou uma vez que por continuarem subjugadas as mais diversas formas de violência, a população LGBT se torna predisposta a um maior sofrimento mental.” (Ferreira; Coelho; Duarte, 2018, p. 83).

Através deste ponto, essa é uma realidade que perpetua no contexto da LGBTfobia, além da questão da mulher, que encara grandes dificuldades no meio social simplesmente por ser do sexo feminino. As perseguições contra essa parte significativa da população não é nada atual, segundo Ferreira; Coelho; Duarte, (2018, p. 84) as mulheres e LGBT sempre foram:

Tratadas como pecadoras, criminosas, loucas e abjetas, estas sempre foram vítimas dos mais diversos tipos de agressões e perseguições através dos séculos por sociedades e culturas que propagavam o heterossexismo e a heteronormatividade como verdades absolutas e incontestáveis. No Brasil, assim como a maioria dos outros países, essa realidade não se deu de maneira distinta. (FERREIRA, COELHO, DUARTE, 2018, p. 84)

Com um tratamento desumano, o modelo assistencial era pautado em internações manicomiais com um tratamento medicamentoso e violento sob formas de sofrimento e torturas. Logo, a psiquiatria inserida na medicina adentra as doenças mentais como parte de um processo de cura, pois essa população era vista como pecadora e criminosa.

Dessa forma, entre o século XIX e o XX, as sexualidades dissidentes foram subjugadas ao poder da psiquiatria e com isso, restava aos mesmos as internações em manicômios onde eram vítimas das mais diversas formas de torturas, além de sofrerem com terapias invasivas como as eletroconvulsoterapias (ECT) e lobotomias. (FERREIRA; COELHO; DUARTE, 2018, p. 88)

Com isso, a ciência colocou a questão da homossexualidade como parâmetro marginalizado, representando um ‘perigo’ para a sociedade. A partir disto, “(...) a psiquiatria desenvolveu importante papel na criação de uma nova verdade sobre as sexualidades dissidentes, e então estas populações começaram a ser “perseguidas” e tratadas como doentes.” (FERREIRA; COELHO; DUARTE, 2018, p. 88).

Porém a luta por parte da população oprimida era de movimentos de contestação e de resistência. “Esses movimentos foram se desenvolvendo, aprimorando suas lutas, incluindo pautas mais específicas das populações homossexuais, gays, lésbicas e mais tarde das travestis, (...) com fortes movimentações.” (FERREIRA; COELHO; DUARTE, 2018, p. 89)

A problemática da saúde mental de mulheres e dos LGBTs no Brasil tem uma complexidade acerca do preconceito contra essa população. Ao longo do desenvolvimento da sociedade foi necessária a criação e fortalecimento de políticas públicas que assegurassem o direito dessas pessoas. Para isso:

Compreender o desenvolvimento das políticas públicas voltadas à população LGBT é também compreender que estes devem estar atrelados as condições de saúde dignas e que visem a permanência desses sujeitos nesses espaços, uma vez que a atenção a saúde específica dessa população foi colocada tardiamente, algo que se fez de maneira contraditória, já que os mesmos sempre estiveram expostos aos mais diversos tipos de sofrimentos. (FERREIRA; COELHO; DUARTE, 2018, p. 91)

Um ponto a ser citado de grande relevância e marco importante na condução dos direitos da população LGBT foi a III Conferência Nacional de Políticas Públicas de Direitos Humanos de LGBT, ocorrida em 2016, onde “uma das grandes conquistas dessa Conferência foi o Decreto N° 8.727/2016, que trata do reconhecimento e o direito ao nome social. Vale ressaltar que o não respeito ao nome social, pode levar o indivíduo a um sofrimento mental” (FERREIRA; COELHO; DUARTE, 2018, p. 91).

Sobre as instituições que atendem a população com transtornos mentais, modificou-se o seu modelo de intervenção e de assistência, sendo:

Atualmente, os serviços substitutivos ao antigo modelo manicomial-hospitalocêntrico, como os CAPS, são configurados em uma rede integrada de serviços, a RAPS, todos formados por equipes multiprofissionais, que visam o tratamento com um olhar mais integral sobre os sujeitos, indo além da percepção única da e sobre a doença. (FERREIRA; COELHO; DUARTE, 2018, p. 93)

Mas ainda existem percalços tanto na política de saúde quanto na capacidade profissional em lidar com as demandas postas pela comunidade. Ferreira; Coelho; Duarte, (2018, p. 94) comentam sobre.

Apesar de todo esse desenvolvimento da política de saúde mental voltada às pessoas com sofrimento psíquico e o direito ao acesso, atenção e cuidado com a população LGBT, esses ainda encontram graves barreiras de acesso nesses serviços, apesar de todo esse aparato legal, ainda falta capacitação

dos profissionais no trato e no entendimento das demandas dessa população. (FERREIRA; COELHO; DUARTE, 2018, p. 94)

O modelo psiquiátrico e o processo de intervenção psicossocial antes da Reforma Sanitária e Psiquiátrica eram pautados no uso de medicamentos, choques eletromagnéticos, torturas, violência e indivíduos considerados loucos pela sociedade.

As modificações do modelo manicomial começaram a ser implementadas pela Reforma Psiquiátrica a partir da década de 1980. Nisso, em algumas instituições, médicos psiquiatras, repórteres e jornalistas vinham fazendo a crítica e denúncias a este modelo hospitalocêntrico desumano em algumas regiões do país, como foi o caso do Hospital Colônia, em Barbacena – MG.

O adoecimento mental produz consequências graves a longo prazo. O modelo de atenção psicossocial até a época de 1980, permitia que os indivíduos permanecessem internados por longos períodos nas clínicas devido a evolução dos transtornos e não a sua melhora. A classe trabalhadora sofre drasticamente com isso. No Brasil, os transtornos são uma causa evidente do afastamento de seus locais de trabalho:

O mundo do trabalho sofreu profundas mudanças decorrentes da transição da economia baseada na comercialização de produtos manufaturados para a industrialização. Na era da globalização, a fragmentação das atividades laborais, aliada à competitividade no mercado de trabalho e o medo do desemprego, induz o trabalhador a submeter-se a péssimas condições laborais, baixos salários, assédio moral e sexual, discriminação, carga horária excessiva e acúmulo de funções para atingir metas propostas pelas empresas. Esses são fatores que contribuem para o surgimento de sintomas ansiosos e depressivos nos trabalhadores. (FERNANDES et al, 2018. p. 278)

Os fatores relacionados ao trabalho na atualidade, voltados para a expansão capitalista, induzem o trabalhador a um esforço mental de ideias, criatividade, tecnologia e total acompanhamento do mundo contemporâneo e da influência que cada pessoa ou mercadoria possui, com isso, o trabalhador acaba se submetendo a uma acumulação de tarefas e baixos salários, desenvolvendo pensamentos ansiosos, depressão e uma autocobrança do seu papel no serviço em que atua. Com isso, as características que as pessoas tem hoje relacionadas ao trabalho são consequências preocupantes na área da saúde mental.

O estado da população mundial com relação a sua saúde mental precisou lidar com os mais variados fatores emergentes que o desenvolvimento global gerou, como crises econômicas, desemprego, pobreza, a procura de novas formas de sustento, o

aumento dos preços das mercadorias e uma flexibilidade e acompanhamento presente da nova realidade o que para muitos foi desafiador.

Nisso, "(...) a crise econômica e a recessão também levaram a um aumento do estresse relacionado ao trabalho, da ansiedade, da depressão e de outros distúrbios mentais, inclusive conduzindo algumas pessoas ao extremo do suicídio." (FERNANDES et al, 2018, p. 278).

Sabe-se que o trabalho exaustivo resulta no uso de substâncias psicoativas para o tratamento de transtornos causados pelo próprio trabalho, o uso abusivo de álcool e drogas, ansiedade, depressão e o estresse. Esses são motivos comuns de estresse no trabalho, considerando que, certo cargo ou atividade pode ser incentivadora para uns, mas deprimente pra outros.

Uma questão interventiva a ser analisada por Fernandes, et al (2018, p. 278) seria: "para que haja um bem-estar físico e psíquico, é necessário avaliar as questões social, econômica e ambiental nas quais esse profissional está inserido." Além de analisar as condições mentais e a historicidade da pessoa inserida naquele posto de trabalho.

A subjetividade ligada ao trabalho se resume a noção do homem em sua vivência no âmbito em que emprega incansavelmente e funciona como um norte para o sujeito:

A teoria afirma que, além do caráter técnico e econômico, o significado do trabalho ultrapassa o âmbito social, cultural, valores e subjetividade. Dessa forma, busca-se a compreensão das vivências dos trabalhadores e o significado que o trabalho traz consigo no processo saúde-doença. (FERNANDES et al, 2018, p. 278)

O homem, inserido no contexto de trabalho não se resume somente a ele, pois há toda uma complexidade técnica, social, familiar e cultural. A partir disso é analisada o resultado de suas experiências e o que o trabalho no campo saúde-doença representa para os trabalhadores.

A corrente teórica do materialismo histórico se fundamenta em uma determinação social que considera que parte do adoecimento mental é resultado de grandes cargas de trabalho, mas também que a história de vida e o contexto das relações de produção são capazes de gerar ou não o sofrer psíquico, assim, a relação entre sofrimento mental e trabalho abordam teorias sobre a subjetividade, estresse e a psicodinâmica do trabalho.

Ademais, a psicopatologia do trabalho, sendo uma importante vertente teórica, dispõe da relação doença-saúde-trabalho e “(...) possibilita a análise da dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do indivíduo com o trabalho e de onde estão envolvidos o sofrimento psíquico e o prazer.” (Fernandes et al, 2018, p. 278). O sofrimento do sujeito envolve um tipo de luta interna contra a doença mental e quando conflita com a posição do trabalho e a forma como funciona o psíquico, surge então o sofrimento patogênico, caracterizado pela falta de equilíbrio, ocasionando um dano orgânico a pessoa:

O sofrimento do trabalhador é formado pelo sofrimento organizado por meio dos sintomas de insatisfação e ansiedade. E o prazer no trabalho está vinculado à satisfação das necessidades representadas em alto grau pelo sujeito, assim, o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa exige. (FERNANDES et al, 2018, p. 279).

Com isso, nota-se a dissociação de sofrimento do trabalhador ocasionado por diversos fatores dentro e fora do ambiente de trabalho, e o prazer na execução das tarefas postas ao indivíduo. Segundo dados estatísticos de uma pesquisa realizada em Teresina – Piauí, foi possível comprovar que:

No Brasil, os transtornos mentais são a terceira causa de longos afastamentos do trabalho por doença. Por essa razão, os problemas de saúde mental já ocupam cinco posições no ranking das dez principais causas de incapacidade para o trabalho, representando um fenômeno mundial. (FERNANDES et al, 2018, p. 279)

Durante a pesquisa, foi mostrado o resultado da coleta de dados sobre “(...) a percepção dos trabalhadores sobre a relação entre adoecimento mental e trabalho (...)” (Fernandes et al, 2018, p. 279) e constatou-se, que os trabalhadores tinham bastante dificuldade em se relacionar com seus colegas de trabalho, além da pressão exercida em alguns cargos, sendo desafiadora devido as cobranças e a ansiedade em cumprir com a execução do trabalho de forma qualitativa. Os baixos salários, a falta de apoio por parte dos próprios colegas, a insatisfação das atividades exercidas, o estresse, distúrbios de sono devido à extensão da carga horário de trabalho e a percepção dos trabalhadores com o ambiente após os fatores psicológicos, foram as questões mais pautadas na pesquisa:

Algumas das exigências que existem no ambiente de trabalho podem influenciar a saúde do trabalhador, como ocorre com os fatores psicossociais. Esses fatores englobam as cargas psíquicas, que são agrupadas em sobrecarga psíquica e subcarga psíquica. A primeira diz respeito às situações de tensão prolongada e a segunda, à impossibilidade de se desenvolver a

capacidade mental, à falta de controle sobre o trabalho, ao distanciamento entre grupos de mandos e de subordinados, ao isolamento social no ambiente de trabalho, aos conflitos de papéis, aos conflitos interpessoais e à falta de apoio social. (FERNANDES et al, 2018, p. 283)

Portanto, deve ser priorizado o bem estar físico, social e mental do trabalhador, pois o trabalho influencia direta e indiretamente em sua saúde. Infelizmente o Brasil ainda se encontra em uma situação de subdesenvolvimento em relação ao sofrimento psíquico acerca do desemprego, pois, os operários se mantêm em seus cargos mesmo infelizes e insatisfeitos para manter sua subsistência.

Uma medida interventiva após o ocorrido da adversidade, segundo Fernandes, (2018, p. 284) seria: “Se faz necessário que o trabalhador procure atividades que ressignifiquem sua vida pós-adoecimento laboral, com vistas a tentar encontrar algo que o satisfaça, mantendo sua qualidade física e mental.”

A saúde mental envolve um campo complexo e extenso de conhecimento que não se limita somente a psiquiatria, com a orientação de apenas um profissional no campo de seu saber, mas com vários, compondo a equipe multiprofissional:

Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldades de delimitar suas fronteiras, de saber onde começam ou terminam seus limites. (AMARANTE, 2007, p. 15)

Antes do processo da Reforma Psiquiátrica e até muito tempo depois, com a prática assistencial, “(...) trabalhar na “saúde mental” significava dizer que se trabalhava com doenças mentais, com hospícios, com manicômios!” (Amarante, 2007, p. 18), quando na verdade a saúde mental é o equilíbrio entre físico, mental e social. Já a doença mental é designada como a ausência de saúde. Desse modo, é preciso assegurar os direitos dos trabalhadores, pois:

A questão dos direitos humanos assume aqui uma expressão singular. Trata-se de uma luta pela inclusão de novos sujeitos e de novos direitos para os sujeitos em sofrimento mental. Direito ao trabalho, ao estudo, ao lazer, ao esporte, à cultura, enfim, aos recursos que a sociedade oferece. (AMARANTE, 2007, p. 69)

Com isso, a institucionalização da Lei N° 10.216 de 6 de abril de 2001, assegura o acesso a esses direitos, visando “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.” Esta lei

substitui o projeto original, sendo a Lei Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios, porém, este ponto não foi assegurado, mas o processo da lei mesmo tendo modificações avança consideravelmente em seu modelo assistencial.

2.2 Conceito ampliado de saúde e saúde mental

O conceito de saúde, antes da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, variava de acordo com o período histórico, condições econômicas, culturais, políticas e sociais da sociedade. Após a Segunda Guerra Mundial, notou-se que “(...) já nessa época tinha-se a ideia de que saúde não era apenas ausência de doença” (Neves, 2021, p. 79). Ou seja, o conceito envolvia características bem mais amplas e complexas envolvendo o emocional e psíquico dos indivíduos. Neste mesmo ponto, a criticidade ao estado completo de bem estar foi posto como algo utópico, assim como Neves (2021, p. 79) explica:

Nessa linha de crítica, algumas pessoas questionam o uso da expressão “completo estado” como se fosse algo que indicaria uma “meta utópica” difícil de ser alcançada. De qualquer forma, tem-se aí uma noção de saúde para além de um caráter apenas “individual”, na medida em que passa a englobar também um “bem-estar social”, ou seja, de natureza “coletiva”. (NEVES, 2021, p. 79)

Desse modo, a partir do século XX o tema necessitou ser ampliado para envolver as mais diversas variáveis culturais e uma compreensão totalizante. Krein (2021, p. 4) põe em questão o seguinte:

(...) não se trata de ausência de doença ou de estar em pleno bem-estar em todas as áreas da vida, mas de compreender os diversos campos que abrangem a saúde, e criar dispositivos sociais, econômicos e políticos para que haja abrangência dos mesmos. (KREIN, 2021, p. 4)

O conceito ampliado de saúde, tema discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida entre os dias 17 a 21 de março de 1986, contando com a participação “de mais de 4.000 pessoas, dentre as quais 1.000 delegados.” (Brasil, 1986, p. 9), sendo escolhidos e indicados conforme suas instituições e entidades, trouxe para esta política pública, novos rumos e direcionamentos, como o marco da Reforma Sanitária e a discussão dos temas sobre (...) ‘Saúde como direito’,

‘Reformulação do sistema de saúde’ e ‘Financiamento do setor’.” (Rosário et al, 2020, p. 20). Dessa forma:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 12)

O principal objetivo para o desenvolvimento da Conferência persistiu na contribuição de uma nova fórmula do Sistema Nacional de Saúde e a ampliação de elementos para o debate, além de ter sido organizada em um contexto político democrático da época:

A VIII CNS foi organizada num contexto político de transição democrática como resultado das propostas e das lutas do movimento da Reforma Sanitária. É considerada um marco para a saúde no País por simbolizar o processo de construção da plataforma e de estratégias de um movimento de democratização da saúde e por inaugurar um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde. (ROSÁRIO; BAPTISTA; MOTTA, 2020, p. 20)

As conquistas relacionadas ao campo da saúde no Brasil só foram capazes e continuam sendo conquistadas pelo povo através de lutas sociais cotidianas. A 8ª Conferência Nacional contou pela primeira vez com a participação da população, já que em seus debates a presença se limitava ao Ministério da Saúde e as secretárias, às autoridades responsáveis da saúde, senadores e deputados.

A sociedade se interessou pelo tema, que por meio de divulgações das pré-conferências estaduais e municipais, se mobilizou e foi inserida como observadora, tendo papel ativo e contributivo para o desenvolvimento de políticas públicas da área. O sentido da 8ª Conferência visava a universalidade e a ampliação do acesso à saúde como direito no Brasil:

Um primeiro tema associado à universalidade foi o de ampliação do acesso, subdividido em dois eixos de discussão: ampliação do acesso vinculado ao conceito ampliado de saúde e ampliação do acesso como garantia da prestação de serviços de saúde. A ampliação do acesso como conceito ampliado de saúde referia-se ao debate da saúde como um direito social e atrelado à cidadania. (ROSÁRIO; BAPTISTA; MOTTA, 2020, p. 21)

O conceito de saúde antes da implantação do SUS, limitava-se a um modelo restrito e particular que somente trabalhadores formais tinham direito. A movimentação da população acerca da “saúde para todos” ganhou forma, o que foi

discutido na 8ª Conferência de Saúde e instituído na Constituição de 1988 como dever do Estado. Porém, somente em 1990, o SUS foi criado para dar forma ao que havia sido estabelecido na Constituição.

Com o avanço da política de saúde, passa a ser incluído artigos relacionados a saúde na Constituição Brasileira, o que se torna um marco para o país. Segundo os Artigos 196 e 197 da Constituição Federal de 1988, da seção II da Saúde, dispõe-se que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado. (BRASIL, 1988)

Com isso, é assegurado o direito a saúde da população como dever do Estado, visto que:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (BRASIL, 1986, p. 12).

Através da Constituição de 1988, implantou-se no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado pela Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (Lei Nº 8.080, 1990, p. 1). O SUS, organizado pelo Ministério da Saúde, conta como a política social mais avançada que o Brasil possui, tendo assistência integral e gratuita para todos.

No contexto da sociedade atual, uma série de consequências causadas pelas transições históricas geraram graves prejuízos a população, tal como a saúde mental dos cidadãos. Em suma, o questionamento é de que as transições históricas trouxeram para o âmbito contemporâneo o do aparecimento de novas doenças, sendo principalmente as infecciosas e epidêmicas:

Este “aparecimento” provém não apenas de novos fenômenos biológicos, mas também de novas mentalidades, novo raciocínio médico, novos

diagnósticos, influenciados por fatores além de biológicos, mas também sociais, econômicos, ambientais, políticos, culturais. (NEVES, 2021, p. 80)

O termo saúde mental, segundo Amarante (2007, p. 15) é definido como “(...) um campo (ou uma área) de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde.” Sendo assim:

Como processo social, as políticas de saúde revestem-se de grande complexidade na sua trajetória e as propostas de reforma dessas políticas encontram um processo lento e entrelaçado por uma diversidade de interesses e conseqüentes avanços e recuos, em virtude das diferentes forças que se apresentam em cada conjuntura e dos vários projetos diversificados para superar a lógica perversa do capitalismo. (AMARANTE, 2007, p. 6)

A atenção básica de saúde, sendo parte integrante da saúde mental, compromete-se ao fortalecimento do sistema de saúde como estratégia para assegurar a sua gestão e continuidade: “a Estratégia Saúde da Família é o modelo adotado para o fortalecimento das ações da atenção básica.” (Amarante, 2007, p. 59). Desse modo, é possível se adentrar em pontos específicos para que o processo de intervenção seja efetivado de forma ampla, já que:

Os transtornos mentais constituem um importante problema de saúde pública na atualidade, comprometendo cerca de 450 milhões de pessoas: 10% da população adulta apresentam algum problema mental e 25% irão apresentar alguma doença ao longo de sua vida, sendo que menos da metade das pessoas que necessita de cuidados recebe a atenção apropriada. (AMARANTE, 2007, p. 62)

Para que as práticas interventivas se desenvolvam, a Organização Mundial da Saúde – OMS, desenvolveu uma proposta para a integração dos cuidados com a saúde mental. “A proposta se baseia na assertividade de que nenhum serviço individualmente pode prover o cuidado integral para atender às necessidades da população, sendo fundamental a articulação de diferentes níveis de atenção.” (AMARANTE, 2007, p. 63).

Dessa maneira, é de máxima importância que a equipe multiprofissional desenvolva um exercício humanitário junto com o usuário, para que este, tenha uma participação ativa em seu próprio gerenciamento psíquico.

A pandemia da Covid-19, que chegou ao Brasil em fevereiro de 2020, trouxe para a política de saúde e para a sociedade brasileira, novos direcionamentos e mesmo com toda a tecnologia vigente, precisou de tempo para ser amenizada, pois as situações que contribuíram para a escassez do tratamento e cura foram diversas,

assim como em outras epidemias já ocorridas ao redor do mundo. Isso porque, a termo saúde vai além da cura de doenças e estabilidade da saúde física. Mirko Grmek (1924-2000) lançou o conceito de patocenose em 1969, que segundo Neves (2021, p. 90):

O conceito de “patocenose” diz respeito aos diversos fatores sociais, econômicos, culturais, políticos, antropológicos, ambientais que acompanhem uma determinada doença. Assim, a doença não se faz apenas biologicamente, mas também a partir de fatores provindos de todas essas variáveis. Visto dessa forma, cada uma dessas epidemias não se fez apenas pela ignorância das pessoas a respeito do significado biológico das doenças, mas também pelos elementos outros que levam a acontecer algo que passa a ser caracterizado como “doença”, levando-se em conta que não está sendo levado em conta aí “o adoecer”, ou seja, como a pessoa considerada “doente”, vê sua própria condição e a condição do que lhe foi transmitido como se tratando de uma determinada doença. (NEVES, 2021, p. 90)

Após o conceito da patocenose ser lançado, anos mais tarde, diante de sua maturação, este foi utilizado para o aprofundamento de estudos de epidemias, considerando os mais variados fatores e suas consequências. O termo se encaixa na complexidade da pandemia do Corona Vírus que impactou os indivíduos com o medo da perda de amigos e familiares, perda de seus empregos, fechamentos de escolas e universidades, impactando na educação e limites geográficos devido o isolamento social:

A proposta da patocenose como um novo paradigma em medicina, encontra na pandemia que se iniciou em 2020 uma confirmação desse conceito mais amplo dentro do pensamento complexo e dos mais variados fatores humanos, no sentido de concorrerem para o que passa a constituir “doença emergente”, suas variações e o equivalente “adoecer”, na maneira de como as pessoas vivenciam e enxergam sua própria condição como paciente em tais circunstâncias. (NEVES, 2021, p. 92)

Sendo assim, mesmo que a pandemia tenha rompido com muitos conceitos da medicina e fatores da sociedade, não se tem ainda medidas exatas das variáveis de todo esse contexto pandêmico. O século XXI se inicia marcado por um esgotamento, quando “(...) novas viroses e epidemias de novos e antigos agentes ganham espaço e alertam a sociedade médica que (...) supunha que doenças crônicas dominariam cada vez mais o cenário de doenças.” (Neves, 2021, p. 90). Nessa situação, nota-se que os fatores da sociedade andam em paralelo com as novas e variadas epidemias.

No conceito de saúde desenvolvido pela OMS, que designa a saúde como completo estado de bem estar, é possível perceber duas dimensões ao uso do termo em complemento com a saúde mental em todas as categorias nela contidas, sendo

“(...) 1) a psiquiatria e os transtornos mentais; e 2) a reforma psiquiátrica, os serviços de atenção psicossocial e a abordagem existencial da saúde mental enquanto sofrimento psíquico.” (ALCÂNTARA; VIEIRA; ALVES, 2022, p. 357).

Essa associação é feita a partir de modo histórico e político na relação do saber e das práticas na área da saúde. As dimensões do bem estar estão associadas aos paradigmas em saúde mental, sendo estes que explicam métodos, hipóteses e soluções de determinado problema:

Desse modo, entende-se que a Psiquiatria, enquanto um paradigma em saúde mental, vem se constituindo ao tomar para si a intervenção da loucura a partir do tratamento da doença mental, em um processo de institucionalização ocorrido em hospitais e manicômios. Nesses espaços se desenvolveu uma psicopatologia que se organizou em torno da observação, descrição e classificação de sinais e sintomas, tendo como referência um ideal de normalidade. (ALCÂNTARA; VIEIRA; ALVES, 2022, p. 357)

O foco da loucura enquanto doença se modificou e foi reformulado a partir da expansão da cidadania e da inclusão social, gerando então um novo conceito de saúde mental, sendo a Reforma Psiquiátrica Brasileira um divisor de águas para tal. Nisso, segundo Gaino et al (2018, p. 110) “Frente ao exposto, entende-se que há dois paradigmas para discussão dos conceitos de saúde e saúde mental, ou seja, o paradigma biomédico e o da produção social de saúde”.

O paradigma biomédico diz respeito a doença, a loucura com objeto de estudo da psiquiatria. O paradigma da produção social de saúde, sendo mais amplo, não vê a loucura como uma limitação a um diagnóstico psiquiátrico, inclui-se a doença visando análises sociais, econômicas, culturais e ambientais, podendo o indivíduo usufruir de sua qualidade de vida e participação na sociedade para o desenvolvimento de suas habilidades e potenciais.

A partir disso, “O Sistema Único de Saúde brasileiro adota um conceito ampliado de saúde e inclui em suas prioridades o cuidado à saúde mental” (Gaino et al, 2018, p. 110). Com isso, “O termo ‘bem-estar’, presente na definição da OMS, é um componente tanto do conceito de saúde, quanto de saúde mental, é entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura”. (GAINO et al, 2018, p. 110).

A partir do termo bem-estar, é possível que o indivíduo lide com suas habilidades, sua rotina, estresses e na produção do seu trabalho para a contribuição

na comunidade, sendo assim, se faz necessário que a temática saúde siga os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

No ponto de vista da saúde mental e atenção psicossocial, referentes ao conceito ampliado de saúde e saúde mental, segundo Amarante (2007, p. 82) são entendidos como:

Na saúde mental e atenção psicossocial, o que se pretende é uma rede de relações entre sujeitos, sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, dentre muitos outros autores que são evidenciados neste processo social complexo – com sujeitos que vivenciam as problemáticas – os usuários e familiares e outros atores sociais (...). (AMARANTE, 2007, p. 82)

Dessa forma, o processo de intervenção psicossocial busca cada vez mais, em sua realização, a lógica da eficiência e eficácia, tendo profissionais qualificados e especializados na temática de saúde e saúde mental. Os limites desse campo do conhecimento não podem ser limitados, pois:

Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... Ou seja, não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais... Na complexa rede de saberes que se entrecruzam na temática da saúde mental estão, além da psiquiatria, a neurologia e a neurociências, a psicologia, a psicanálise (...) a fisiologia, a filosofia, a antropologia, a filologia, a sociologia, a história, a geografia (...). (AMARANTE, 2007, p. 16)

A explicação concreta para esse ponto de vista é de que a saúde mental é complexa e necessita de um olhar totalizante. Os seus saberes não se limitam, é sempre construído por teorias e práticas profissionais e assistenciais.

2.3 Reforma Psiquiátrica no Brasil

A Reforma Psiquiátrica no Brasil modificou consideravelmente a gestão das práticas de saúde mental ofertadas pelas instituições no Brasil, modificando todo o tratamento e violência asilar ocorrida nas clínicas psiquiátricas, manicômios e hospícios configurando um "(...) conjunto de mudanças nas políticas governamentais e nos serviços de saúde." (Brasil, 2005, p. 6). Dessa forma, é possível notar que:

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. (BRASIL, 2005, p. 6)

O histórico da Reforma Psiquiátrica começa a ser discutido a partir da crítica ao modelo hospitalocêntrico da época, entre os anos de 1978 a 1991, quando o movimento social realizado pelos trabalhadores em saúde mental (MTSM) começou a ser efetivado em busca dos direitos dos pacientes psiquiátricos. Este movimento era constituído por “(...) trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas (...)” (BRASIL, 2005, p. 7).

É neste período de 1978, quando surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, que se manifesta a denúncia de toda a barbárie que ocorria nos manicômios, a crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico de assistência aos indivíduos com transtornos mentais.

A partir das críticas feitas ao modelo psiquiátrico, o Brasil se inspirou na experiência italiana de desinstitucionalização daqueles padrões. Com isso, o ano de 1987 foi marcado pelos primeiros planos e realizações para reorientar a assistência, tendo a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro e o II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru – SP, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios”.

Neste mesmo período, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em São Paulo, com uma prática interventiva somente em 1989, no hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, onde abrangia inúmeros casos de violência e mortes de pacientes. É com esta intervenção que se constatou que os modelos assistenciais psiquiátricos eram equivocados e a construção de um novo ideal, com cuidados efetivos era necessários em substituição ao modelo anterior. Este novo ideal era pautado em uma rede de cuidados humanizado.

Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (BRASIL, 2005, p. 7)

Com a criação dos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) funcionando em período integral, nota-se um dos primeiros pontos efetivados de experiência de que a Reforma Psiquiátrica estava cada vez mais progredindo. Neste mesmo ano de 1989, a melhoria do sistema de saúde mental no Brasil continua dando passos mais elevados com a introdução do Projeto de Lei Paulo Delgado, sendo este, deputado do PT/MG, no Congresso Nacional, que mais tarde se torna a Lei N° 10.216.

O Projeto de Paulo Delgado “(...) propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.” (Brasil, 2005, p. 7) A partir desse momento, o movimento da Reforma se adentra no âmbito legislativo e normativo do país.

No decorrer dos anos, precisamente a partir de 1992, o Projeto de Paulo Delgado, a partir de movimentos sociais, começa a se desenvolver e ser aprovado em alguns estados, “(...) as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental.” (BRASIL, 2005, p. 8).

A partir desse período, a política de saúde mental ganha formas mais precisas em seu corpo e há a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, onde vários recursos e serviços de atenção, baseados nas instituições já implementadas são regulamentadas por normas, sendo assim:

(...) passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2005, p. 8)

Porém, com a implantação dos CAPS e NAPS, o financiamento ainda era escasso, mesmo sendo normatizado pelo Ministério da Saúde em 1992. O uso da fiscalização e ordenamento dos hospitais psiquiátricos em relação a redução dos leitos também foram limitados em primeiro momento, sendo que, “Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos.” (BRASIL, 2005, p. 8)

Com todas as modificações e implantações de um novo modelo psiquiátrico, no ano de 2001, após a Reforma Psiquiátrica prosseguir no Congresso Nacional por 12 anos, a Lei Paulo Delgado é então legitimada no Brasil. A Lei sofreu várias

alterações do seu texto original devido as transformações daquele período e a institucionalização dos órgãos efetivados. Dessa forma:

(...) a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. (BRASIL, 2005, p. 8)

Mesmo com esse novo redirecionamento e modificações fundamentais, os manicômios ainda não tinham sido extintos, mas seu modelo cada vez mais se modificava, o que deu novos impulsos para o progresso da Reforma Psiquiátrica no país.

A Reforma Psiquiátrica, em sua efetividade trouxe para a saúde e saúde mental diversas contribuições caracterizadas pelo acesso aos direitos de pessoas com transtornos mentais, porém a sua temática também lida com alguns desafios em sua efetividade. Uma parte da comunidade que necessita de cuidados na área da saúde mental são de forma contínua, sendo desde casos severos até os mais graves como os de deficiência mental e transtornos pertinentes.

No Brasil, exige-se uma rede de cuidados que seja abrangente e efetiva, capaz de lidar com as demandas postas pela comunidade, pois, a garantia de acesso aos recursos da Reforma por vezes é escassa, assim como respostas emergentes e efetivas. O uso de álcool e outras drogas por exemplo, possui um impacto significativo, principalmente em adolescentes, pois exige uma articulação entre os setores da educação, ação social e trabalho, assegurando a prevenção e risco de transtornos mentais.

As habilidades e excelências do atendimento psicossocial tem o dever de ser garantido em todo âmbito do país para que a execução da política de saúde seja concretizada de forma eficiente. Outro ponto desafiador para a materialização da reforma psicossocial é a superação da loucura, dos indivíduos serem caracterizados e tratados como loucos e conseqüentemente o modelo de intervenção dos profissionais e das instituições serem menos humanizados e infringirem os direitos do cidadão.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira e sua centralidade destacada na época de 1970, repercutiu com o objetivo de modificar os padrões e o modelo psiquiátrico para

um modelo mais humanizado, pautado com a influência dos espaços societários da cidade, sendo este, um lugar social e econômico.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, deflagrada nos anos 1970 por profissionais, usuários e familiares, acadêmicos e membros da sociedade civil, instaurou um processo de transformação em diversos âmbitos e instâncias com inspiração em outras experiências de Reformas Psiquiátricas pelo mundo visando a superação do paradigma manicomial. Uma das estratégias para essa superação era a ocupação e a retomada da cidade pelas diferentes vivências da loucura. Assim, experiências locais de assistência constroem-se como dispositivos de base territorial, projetos de desinstitucionalização são implantados para proporcionar aos egressos de longas internações o retorno ao convívio na cidade e experiências de arte e cultura e economia solidária também ganham destaque nesse processo. (PALADINO, AMARANTE, 2022, p. 12)

Com a movimentação da Lei N° 10.216, houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental, onde “(...) a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade.” (Brasil, 2005, p. 9). Com isso, pontos característicos de financiamento são produzidos pelo Ministério da saúde em substituição dos hospitais psiquiátricos e leitos, formas de fiscalização, administração e gerenciamento.

Assim, a rede de atenção à saúde mental é expandida, alcançando locais onde antes o modelo era extremamente hospitalocêntrico, sem assistência humanitária:

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos. Realiza-se, em 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, em São Paulo, reunindo dois mil trabalhadores e usuários de CAPS. (BRASIL, 2005, p. 9)

Todo esse processo de desinstitucionalização de pessoas internadas, a criação do programa De Volta para Casa, a política de recursos humanos e de álcool e outras drogas foi designado pelo governo federal, estadual e municipal e pelos movimentos sociais, visando uma referência de atenção comunitária.

Durante esse período, o foco estava direcionado para “(...) a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro.” (Brasil, 2005, p. 9). A partir daí a Reforma Psiquiátrica se fixa como política oficial do governo federal e suas estratégias se

organizam para que a desinstitucionalização seja efetivada em um conceito de liberdade, assim como aponta o Caderno HumanizaSUS do Ministério da Saúde:

Assim, as estratégias adotadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica organizaram-se com base em dois eixos: a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e a expansão de uma nova proposta de cuidados em saúde mental. Com isso, pretende-se avançar no que é mais complexo e fundamental para se levar a cabo um processo de reforma, que é a dimensão institucional. Recorremos ao conceito de desinstitucionalização na compreensão da complexa tarefa de cuidar em liberdade. (BRASIL, 2015, p. 92)

O processo de desinstitucionalização segue a linha da reconstituição de pessoas enquanto sujeitos sociais e do seu sofrer, sendo medidas de segurança e de transformação do cotidiano e do modo de viver do indivíduo. “Desse modo, o processo de desinstitucionalização requer mudanças significativas nas relações da sociedade como um todo, com o portador de sofrimento mental e com a loucura.” (Brasil, 2015, p. 93). Para que assim, as mudanças que surgirem direcionadas as estratégias se ampliem para mudanças humanizadoras.

A concepção do cuidado humanizado se traduz a uma concepção ético-estético-político, demandado pela Reforma Psiquiátrica, que segundo Brasil (2015, p. 95):

A concepção de cuidado humanizado, aqui sustentado, implica, portanto, uma dimensão ética porque privilegia os movimentos do desejo; estética na relação com a capacidade inventiva que quer evocar; e política, pois afinal, só se pode falar em cuidado humanizado se o compreendemos como um cuidado em liberdade. (BRASIL, 2015, p. 95)

Com a Reforma Psiquiátrica, a forma como a organização e a estrutura da psiquiatria operava, se modifica, prevendo a desinstitucionalização psiquiátrica, sendo ela humanizadora da relação entre os sujeitos e que, segundo Silva; Barros; Oliveira, (2002, p. 8) é “(...) uma atividade política transformadora (...)”.

O conceito da Reforma Psiquiátrica no Brasil possui um procedimento histórico próprio, difundido através de uma mudança significativa para superar o modo asilar. Todo o seu processo foi um marco para a política de saúde da época, superando leis, normativas e mudanças ocorridas durante esse período no serviço de saúde.

A Reforma Psiquiátrica tomou um novo rumo após a institucionalização na Lei Nº 10.216 de 2001, pois houve um redirecionamento na assistência de saúde mental, protegendo os indivíduos e seus direitos e substituindo os hospitais psiquiátricos. Na atualidade, com a pandemia da Covid-19, foi possível notar visivelmente a eficiência,

efetividade e os impasses que a saúde tem, além da latente necessidade do cuidado com a saúde física e mental que a sociedade precisa ter:

A reforma psiquiátrica brasileira, através da criação dos novos dispositivos em saúde mental, assim como através da inserção das ações de saúde mental na saúde pública, possibilita novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando formas mais adequadas de cuidado à loucura no seu âmbito familiar, social e cultural. (HIRDES, 2009, p. 304)

A Reforma traz o conceito de contribuição para a saúde em uma perspectiva de maiores e melhores ações na área, assim como a expansão de princípios e valores em relação ao sofrer de cada indivíduo em várias áreas da sua vida, como a constituição da sua base, sendo a família e nos espaços sociais e culturais.

2.4 Debate da Saúde e Saúde Mental no Estado do Tocantins

Diante da implementação da Política de Saúde no Brasil, em suas ações voltadas a saúde mental, destaca-se a Reforma Psiquiátrica e seu longo desafio em se constituir como tal. A acessibilidade e equidade no país são pontos que refletem esse desafio à Reforma e ao SUS, pois durante longos anos o modelo hospitalocêntrico e de atendimento aos indivíduos foi bastante rígido e sem nenhuma humanização por parte dos técnicos e profissionais das clínicas psiquiátricas ou instituições que atendiam pacientes com transtornos mentais e comportamentais.

Outro fator necessário é a escassez do financiamento na área, que, apesar de todo o seu desenvolvimento e inovação, ainda tem muito que aprimorar e crescer. O estado do Tocantins, por ser um estado novo, já se desenvolveu significativamente quanti e qualitativamente em várias de suas ações na área da saúde pública e é referência da região Norte, para outros estados do Brasil. Isso porque, tem investido e promovido ações e mudanças que tem elevado o cenário estadual, mesmo diante da pandemia da Covid-19 que acarretou em vários agravos e desafios, mas que, com muito planejamento e organização dos serviços conseguiu suprir as necessidades da população

Por outro lado, a saúde no Tocantins tem muitas ações a serem desenvolvidas e executadas para se tornar referência no país, como a dificuldade no atendimento, que se dá pela falta de planejamento ou um planejamento que não se adeque a ações de saúde fragmentadas.

O estado do Tocantins, criado em 1988, sendo o estado mais novo do país, possui muitas ações e implementações a serem feitas diante do cenário de saúde pública no Brasil.

De acordo com Oliveira (2018, p. 54):

A criação do Tocantins como Unidade Federativa do Brasil foi oficializada no dia 5 de outubro de 1988 depois de muitos anos de luta política, porém, a busca pela emancipação do norte de Goiás, hoje Tocantins, remete a período mais antigo, no século XIX (...). (OLIVEIRA, 2018, p. 54)

Com a divisão dos estados de Goiás e Tocantins, questões vantajosas e desvantajosas surgiram diante do contexto de emancipação, como por exemplo a elevação da renda per capita de Goiás, pois a população reduziria; as migrações para o centro sul (Goiânia) diminuiriam, evitando a formação de bairros mais vulneráveis; e as relações comerciais aumentariam, já que seriam 2 estados.

De desvantagens, tinha-se as condições sociais, econômicas e políticas precárias que os líderes de movimentos da época colocavam como crença e eram contra a divisão do estado, além de, “Os argumentos eram que o Norte não atendia aos principais motivos para criação de um território: defesa nacional e isolamento dos centros administrativos.” (Oliveira, 2018, p. 74). Em resumo, o estado do Tocantins foi criado e oficializado como Unidade Federativa em 5 de outubro de 1988, diante de inúmeras lutas políticas de conjuntura de transição do antigo Norte de Goiás.

Adentrando na área da saúde do Tocantins no contexto da sua criação, o Estado possui a Lei N° 1.508, de 18 de novembro de 2004, que dispõe sobre o Fundo Estadual da Saúde, sancionado pelo Governador Marcelo de Carvalho Miranda. A lei atende as implementações de políticas, ações e projetos na área da saúde, tendo o seguinte:

Art. 1º. O Fundo Estadual da Saúde – FES, vinculado à Secretaria da Saúde, instituído pela Lei 429, de 28 de julho de 1992, destina-se ao atendimento da despesa, total ou parcial:

I - com o implemento de políticas, ações, projetos e serviços de saúde a cargo da Secretaria da Saúde que tenham por finalidade:

- a) a descentralização dos serviços e das ações de saúde;
- b) a oferta e o controle de serviços das redes hierarquizadas de assistência do Sistema Único de Saúde – SUS;
- c) a coordenação e a execução complementar das ações e serviços de:

1. vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental;

2. controle e fiscalização do meio ambiente, inclusive o de trabalho;

II - de custeio, inclusive o do pessoal ativo;

III - de capital da Secretaria da Saúde. (TOCANTINS, Lei N° 1.508, 2004, p. 1).

Com a criação da Lei N° 8.080 de 1990, período em que o Tocantins se organizava social, econômico e politicamente, a garantia do acesso a saúde pública de qualidade seria necessária, uma vez que a Lei disposta seria seguida apesar de ser um contexto novo.

A década de 1990 foi um importante período de transformação e inovação na área de saúde pública. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado nessa época de forma gratuita e universal, sendo ainda descentralizado e ampliado ao máximo à população:

Como resultado do processo de descentralização e de aperfeiçoamento de gerência, o SUS conseguiu aumentar sua consistência, ampliando o acesso da população aos serviços de saúde. A estratégia básica foi levar a saúde às populações e deixar de esperar que os doentes procurem os hospitais. A palavra que pode resumir os resultados da década é "inclusão". (BRASIL, 2002, p. 29)

Na época foram criados e efetivados programas que vieram a ser muito bem sucedidos no país, como o Programa Saúde da Família que "(...) ampliou a cobertura em dez vezes, aproximadamente, entre 1997 e 2001, passando de 5,6 milhões de pessoas para mais de 50 milhões." (BRASIL, 2002, p. 29).

No Tocantins, através do Governo e Secretária de Estado da Saúde, tem-se a Resolução – CIB N° 120/2013, de 22 de agosto de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto da Rede de Atenção Psicossocial na Região de Saúde Capim Dourado. A resolução segue a linha e considera a Lei N° 10.216 sobre a proteção e direitos de pessoas com transtornos mentais, a portaria GM/MS N° 4.279 que estabelece diretrizes para a organização da rede no âmbito do SUS e o decreto N° 7.508 que regulamenta a Lei N° 8.080 dispostos ao planejamento, assistência e articulação a saúde. Demais portarias e resoluções também são consideradas.

A RAPS no Estado mais novo do país tem seus serviços e distribuição de recursos financeiros por região de saúde. São elas região de Araguaína, Guaraí, Paraíso, Gurupi, Augustinópolis, Palmas, Porto Nacional e Dianópolis. Os componentes da Rede de Atenção Psicossocial – TO, segundo a Resolução – CIB N° 120 de 2013 são:

- Atenção Básica em Saúde;
- Atenção Psicossocial Estratégica;
- Atenção de Urgência e Emergência;
- Atenção Residência de Caráter Transitório;
- Atenção Hospitalar;
- Estratégias de Desinstitucionalização;

- Estratégias de Reabilitação Psicossocial. (BRASIL, 2013, p. 9)

Dentro dos componentes, faz-se presente a porta de entrada do SUS, sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS), os núcleos de apoio a saúde da família, as unidades de acolhimento, SAMU, UPA, enfermarias e demais serviços hospitalares, terapêuticos e de geração de trabalho e renda como estratégias de reabilitação. Para a composição do grupo condutor de Saúde Mental, tem-se:

- Secretaria de Saúde;
- Coordenador de Saúde Mental do Município;
- Coordenador de serviços de saúde mental (CAPS, HGP);
- Técnico do CAPS;
- Conselho Municipal de Saúde;
- CIR;
- DSEI –TO;
- Atenção Básica: ESF / NASF / S. Prisional;
- Urgência e Emergência;
- Vigilância em Saúde. (BRASIL, 2013, p. 15)

No âmbito do histórico da Reforma Psiquiátrica no Brasil, que iniciou sua implementação em 1992, após a criação do estado, o Tocantins segue a legislação oficial do país.

O SUS é o responsável pela organização e controle social das ações e serviços de saúde de todo território já que a psiquiatria é ligada a atenção especializada do SUS de forma “(...) regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual.” (Brasil, 2005, p. 25). Dessa forma, o SUS é responsável pelo controle social, que além de impulsionar o protagonismo e autonomia dos usuários, os Conselhos e Conferências de Saúde assumem o ordenamento de serviços e ações voltadas aos recursos da área da saúde

2.5 Desafios no processo de intervenção psicossocial

No cenário atual da sociedade, percebe-se a nível global que a pandemia do COVID-19, sendo uma das mais recentes problemáticas mundiais, afetou a todos em diferentes âmbitos. A saúde mental dos cidadãos não saiu ilesa. Ao lidar com suas emoções um coletivo de indivíduos se viram com a capacidade afetada de lidar com suas próprias questões pessoais e emocionais.

Dessa maneira a sociedade vive uma série de consequências somada ao processo histórico, o que gera um prejuízo à saúde da população, sendo uma das mais recentes, a complexidade do vírus da Covid-19 e as grandes proporções físicas e psicológicas que ela tomou e trouxe a tona aos indivíduos.

Segundo o Guia preliminar (2020, p. 3) sobre a atuação da saúde mental e apoio psicossocial “(...) é comum aos indivíduos sentirem-se estressados e preocupados. Reações comuns de pessoas afetadas (direta e indiretamente) (...)”. Nesse sentido, nota-se os medos do adoecimento, de ser infectado pelo vírus, de perder seus meios de subsistências, como o trabalho e ser socialmente excluído, além do grande sentimento de solidão, ansiedade e depressão que o isolamento em si, trouxe para a comunidade.

Mas do que nunca, a intervenção em saúde mental e o apoio psicossocial foi necessário, porém com diversos impasses. No processo de intervenção psicossocial, o assistente social inserido na complexidade da saúde mental enfrenta muitos desafios e problemáticas, além do uso dos instrumentais técnicos operativos, suas habilidades e competências profissionais e o acesso a informações atualizadas sobre o tratamento e a realidade social de seus usuários. Appel (2017, p. 7) afirma:

Os desafios do Assistente Social, são amplos em relação a intersetorialidade nas instituições, visam buscar estratégias, em combinação e aplicação das políticas sociais públicas, viabilizando o acesso às redes institucionais para os usuários que delas precisarem. (APPEL, 2017, p. 7)

Dessa forma, “O Serviço Social, deve articular e atribuir seu papel de atuação, teórico-metodológica, ético-política e teórico-operativa no campo da Saúde Mental.” (Appel, 2017, p. 7) Pois os desafios postos aos profissionais da saúde e saúde mental estão inseridos na intersetorialidade e interdisciplinaridade de atuação da equipe multiprofissional, na gestão e na cooperação entre os profissionais.

Um dos maiores desafios postos ao Assistente Social é o desenvolvimento de sua capacidade em entender a realidade dos usuários e construir estratégias voltadas à efetivação de direitos, usando de todo seu saber acadêmico, teórico e prático para se chegar a efetivação desses direitos. Na área da Saúde Mental a efetivação dos direitos parte da premissa das relações das redes, e do envolvimento da equipe multidisciplinar. (APPEL, 2017, p. 11)

É necessário que haja a concretização da intersetorialidade, pois as instituições apresentam suas próprias dificuldades diante da historicidade sociopolítica do Brasil,

assim como a participação dos usuários e sua família no processo de organização e articulação institucional. Dessa forma:

A compreensão histórica hegemônica do Serviço Social, nos faz compreender, o enfrentamento do Assistente Social frente as múltiplas expressões da Questão Social, com desafios no campo da Saúde Mental, onde o Assistente Social irá trabalhar a reabilitação do usuário, em que a maioria dos casos, são pessoas em extrema vulnerabilidade social, com moradias insalubres, sem saneamento básico, pessoas que passam fome, que se quer sabem como funciona a gestão dos programas e benefícios, o não acesso a medicamentos disponibilizados pelo SUS, esses dentre os múltiplos desafios à inclusão dos usuários ao sistema para a viabilização dos direitos sociais. (APPEL, 2017, p. 12)

Os desafios impostos diante da profissão do Serviço Social, supervaloriza outras profissões, caracterizando o assistente social apenas como técnico-administrativo dentro da equipe multiprofissional de saúde mental.

Os desafios postos ao Serviço Social são tantos, com análise crítica de sua efetivação, que tem de ser trabalhado essa peculiaridade dentro de vários contextos deste campo da Saúde Mental que o Assistente Social atua. Afinal, o Assistente Social na contemporaneidade se coloca frente as esferas de direitos sociais e a inclusão social do cidadão à serem assegurados pelo Estado laico e democrático. Independentemente das demandas trazidas pelos usuários, os assistentes sociais podem objetivar e prover as necessidades humanas, com a intervenção de seu trabalho para com o sujeito. (APPEL, 2017, p. 12).

O termo Saúde Mental e Apoio Psicossocial (SMAPS), que atende Emergências Humanitárias, segundo o Guia Preliminar (2020, p. 2) é descrita como, “todo tipo de apoio local ou externo cujo objetivo seja proteger ou promover o bem-estar psicossocial e/ou prevenir ou tratar condições de saúde mental”, o que foi de máxima necessidade no cenário da pandemia do coronavírus.

Pois com isso, “adotam abordagens biológicas e abordagens socioculturais na saúde, assistência social, educação e ambientes comunitários, bem como “salientar a necessidade de abordagens diversas e complementares no fornecimento de apoio adequado”. (GUIA PRELIMINAR, 2020, p. 2).

Os desafios são presentes na atuação profissional na saúde mental e para isso, durante o período pandêmico foi necessário desenvolver estratégias para o enfrentamento do vírus e para o atendimento de pessoas que necessitavam de cuidado e apoio psicossocial.

À medida que o vírus se espalha para outros países, não se deve adotar uma abordagem ou modelo único para endereçar as necessidades da população no que diz respeito a SMAPS;

Dentro de cada contexto, é necessário entender as necessidades de grupos específicos dentro da população que pode enfrentar barreiras para acessar informações, cuidados e apoio, ou, ainda, estarem em maior risco de infecção (...);

Abordagens de SMAPS precisam ser desenvolvidas e adaptadas às necessidades de cada população afetada pelo COVID-19 e em diferentes momentos do surto (isto é, antes, durante e depois das altas taxas de infecção);

Exemplo: atividades de SMAPS ao surto do COVID-19 usadas na China podem não ser relevantes em outros países, ou podem precisar de adaptações para ser útil em um novo contexto (incluindo adaptações culturais, idioma, sistemas de saúde, normas sociais etc. (GUIA PRELIMINAR, 2020, p. 4)

A prática profissional do assistente social possui suas problemáticas e muitas vezes, o mesmo, só executa o trabalho que lhe é dado, sem motivação para experiências novas. Para a execução prática, o profissional precisa de aprimoramento do tratamento teórico, além de estudos, teorias e críticas acerca de sua prática profissional.

Em um estudo feito por Silva et al (2012, p. 69) realizado para observar os usuários da rede de saúde mental, "(...) possibilitou identificar os fatores associados à satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental." E tiveram como resultado, melhoras nos relacionamentos, menos dificuldades com problemas pessoais, mais autoconfiança e melhora de humor.

A partir desse ponto, também foi possível notar que a satisfação dos profissionais com relação a efetividade de estratégias criadas para com os usuários com transtornos mentais foi viável, a partir de "níveis intermediários e altos de satisfação com os serviços, tendo como principais fontes de satisfação os fatores relacionados ao trabalho em equipe interdisciplinar." (Costa; Colugnati; Ronzani, 2015, p. 3247) Porém:

Em detrimento destes resultados positivos, grande parte dos estudos aponta para insatisfações e sobrecarga de trabalho devido à grande demanda, escassez de recursos humanos, infraestrutura, formação insuficiente, dentre outros aspectos. Estes fatores limitam a autonomia de atuação, atrapalhando a organização dos serviços e fazendo com que os profissionais assumam diversas responsabilidades e se sintam desmotivados. (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015, p. 3247)

E ainda:

(...) essa dinâmica interdisciplinar, com as equipes de referência organizando o processo de trabalho, enfrenta alguns obstáculos, como: invisibilidade de alguns usuários, com atividades e projetos terapêuticos estabelecidos sem abarcar suas necessidades; visão inferiorizada sobre o técnico de referência

nos CAPS; delimitação de papéis rígidos e sua influência no trabalho; sobrecarga profissional e excesso de responsabilização pelos casos; atuação isolada de alguns profissionais, em especial os psiquiatras; e falta de conhecimento sobre os próprios modelos de atenção dos CAPS. (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015, p. 3248)

A afirmação faz referência em sua particularidade ao CAPS, pois é a partir dessa instituição que a política de saúde mental e seus meios de intervenção também se focalizam, além de conter suas dificuldades, pois “sua sustentação é difícil, devido à escassez de recursos comunitários, sobrecarga de trabalho etc.” (COSTA; COLUGNATI; RONZANI, 2015, p. 3248)

A pandemia do coronavírus se disseminou rapidamente em todo o território mundial, colocando profissionais de todas as áreas, principalmente da saúde a terem meios estratégicos e emergentes de respostas e práticas de intervenção, pois, “Emergências sempre são estressantes, mas o surto COVID-19 afeta e estressa a população de maneiras particularmente específicas.” (GUIA PRELIMINAR, 2020, p. 3).

Esta causa pode gerar estresse, medo, o risco de realmente ser infectado e transmitir para outras pessoas, o risco da vulnerabilidade da saúde mental e física, incluindo indivíduos mais frágeis, pessoas com deficiências e profissionais da linha de frente no tratamento da Covid-19, além de que, segundo o Guia Preliminar (2020, p. 3):

O constante medo, preocupação, incerteza e estresse da população durante o surto de COVID-19, pode gerar consequências a longo prazo dentro das comunidades, famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade:

- Deterioração das redes de apoio social, dinâmicas locais e economias.
- Estigmatização daqueles pacientes que sobreviveram, resultando na rejeição da comunidade.
- Possíveis exaltações emocionais, sentimentos de raiva e agressão contra funcionários do governo e da linha de frente
- Possíveis sentimentos de raiva e agressão contra filhos, cônjuges, parceiros e familiares (aumento da violência familiar e nas relações íntimas)
- Possível desconfiança das informações fornecidas pelo governo e outras autoridades
- Pessoas com problemas de saúde mental e uso de substâncias podem ter recaídas e outras consequências negativas por evitarem unidades de saúde ou estarem incapazes de acessar seus prestadores de cuidados. (GUIA PRELIMINAR, 2020, p. 3)

Muitos desses sentimentos de medo já existiam no íntimo de cada indivíduo e se tornaram parcial ou totalmente evidente durante o período da pandemia, por

inacesso a informação ou conhecimento, o que torna a execução do serviço social na saúde mental ainda mais complexa.

Entretanto, não cabe só ao assistente social como a toda equipe se envolver nas articulações das redes em saúde mental promovendo, assim, o fortalecimento da cidadania e inserção social do usuário da saúde mental. Atualmente, o trabalho em saúde mental mudou, exigindo cada vez mais ações intersetoriais e interdisciplinares, a fim de garantir a integralidade do atendimento. (SCHEFFER; SILVA, 2014, p. 375)

Um grande desafio presente dentro da política de saúde mental na instituição do CAPS é a questão do preconceito a partir da realidade de cada indivíduo. Scheffer e Silva (2014, p. 382) comentam:

O preconceito e o medo da sociedade para com os indivíduos com transtorno mental é algo que devemos discutir nos meios midiáticos para assim desmistificarmos o estigma da loucura que impede o exercício da cidadania. O apoio da sociedade é fundamental para a rede de atenção à saúde mental. Esse desafio está na possibilidade de ampliar a cidadania historicamente negada ao portador de transtorno mental, por meio da criação de estratégias de enfrentamento ao preconceito e medo e fortalecendo a rede de atenção à saúde mental. (SCHEFFER e SILVA, 2014, p. 382)

Silva, Barros e Oliveira (2002, p. 9) complementam:

A Exclusão/Inclusão Social são temas das políticas sociais, das políticas de saúde em geral e da política de saúde mental em particular nos últimos tempos, que trazem em seu bojo contradições sobre as diferentes abordagens de assistência psiquiátrica. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 9)

Todas essas precariedades no sistema e nas políticas públicas afastam os indivíduos, excluindo-os cada vez mais da sociedade. Almeida (2019, p. 4) comenta que os desafios podem ser superados a partir da “ampliação do acesso e integração da saúde mental com a atenção primária, o desenvolvimento de respostas de internação no hospital geral e a articulação entre vários componentes do sistema.”

Na corrente de pensamento do trabalho e da saúde mental, há duas questões que se ressaltam: “a do estresse — que investiga o estresse e o trabalho e recebe o nome de work stress — e a das ciências sociais, que privilegia as relações de poder.” (Fernandes et al, 2018, p. 278). Nota-se, que o estresse do trabalho influencia diretamente na falta de produção, causadas pela pressão e assédio psicológico, e o campo das ciências sociais, voltada para a venda das mercadorias, emergência dos lucros e relações de poder.

3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E SAÚDE MENTAL

O conceito de Política Pública descreve o conjunto de ações desenvolvidas pelo governo visando a garantia de direitos à população através as políticas sociais de saúde, educação, lazer, transporte, habitação, previdência social e outras áreas. Seu objetivo é promover bem-estar e qualidade de vida aos brasileiros em âmbito nacional. Dessa forma,

A política pública não pode ser reduzida a um único acontecimento, a um único ator, a um único tempo histórico, nem mesmo podemos dizer que é simplesmente a soma desses elementos. A política pública é mais que isso, ela é complexa e traz consigo a impossibilidade de reducionismos, visto que está em movimento. (VIEGAS; SANTANA; NODA, 2020, p. 43418)

A política pública é alocada em diferentes recursos por setor, sendo classificadas em políticas sociais, econômicas, de infraestrutura e de estado, sendo ainda destinadas em maior ou menor volume, caracterizadas em políticas distributivas, redistributivas, regulatórias e constitutivas ou estruturadoras. As políticas sociais compreendem as mais diversas áreas, visando satisfazer as necessidades sociais, sem deixar de atender interesses individuais e particularistas, já que é constituída por conflitos de interesse e da relação entre Estado e sociedade.

A política de Saúde no Brasil é garantida pela Constituição Federal de 1988, na qual cabe a ela oferecer serviços de qualidade e meios para que sejam efetivados os planos e ações para a garantia da promoção e proteção aos indivíduos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), foi um grande marco para a Constituição Federal, pois é um sistema bastante desenvolvido e com muitas ramificações, no qual envolve várias áreas, diversos setores, profissionais, oferta de atendimento multi e interdisciplinar, que visa uma melhor qualidade de vida para a população brasileira. O SUS tem caráter universal, equitativo e visa que os direitos da população sejam assegurados e cada vez mais desenvolvidos.

As Políticas Públicas atuam garantindo os direitos da população e são assegurados pela própria Constituição, para que sejam efetivados na prática. De maneira específica, há as políticas de governo e as políticas de Estado. As primeiras dependem da gestão atuante e de suas ações durante a permanência no poder. As segundas são realizadas independente do governo, pois são amparadas legalmente e devem ser realizadas de forma obrigatória.

O caso do SUS, que se dispõe de sua Lei N° 8.080 de 1990, atua em todo território nacional e atua sob condições de organização e funcionamento dos serviços de saúde, ou seja, uma política de Estado, necessária para a efetivação equitativa e participativa da população.

Dessa forma, os tópicos tratados no seguinte capítulo apresentarão as formas e como se dá o acesso a política pública de saúde no Brasil, o processo de intervenção psicossocial e a particularidade da política de atenção ao trabalhador – elemento importante ao escopo deste trabalho, disposto no item 2.1, as estratégias de atendimento e intervenção da política de saúde realizado pela equipe multiprofissional nas instituições de atendimento, disposto no item 2.2 e o tópico 2.3, caracterizado pelos principais desafios encontrados na política de saúde e no atendimento psicossocial.

3.1 Acesso a política pública de saúde e o processo de intervenção psicossocial

A política de atenção à saúde do trabalhador, disposta na Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012, institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Compete ao SUS a ações de saúde do trabalhador conforme a Constituição Federal de 1988 e ao Ministério da Saúde coordenar a política, conforme previsto no inciso V do Art. 16 da Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, sendo a lei que regulamenta a promoção, proteção e recuperação da saúde no SUS. Da finalidade da Portaria N°1.823, em seu Art. 2° há o seguinte:

Art. 2° A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observadas 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 a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (PORTARIA N° 1.823, 2012, p. 1)

Todos os trabalhadores, pessoas em situação de trabalho formal e informal, homens, mulheres, pessoas desempregadas, estagiário, aprendizes e aposentados fazem uso da política. A mesma, alinha-se a políticas de saúde no âmbito do SUS, prevendo a saúde do trabalhador, determinante do processo saúde-doença.

A relação da criação da política com o conceito de saúde mental, direciona-se ao fato de que, trabalhadores em suas diferentes áreas de atuação, tenham acesso a condições dignas de vivência e a garantia de ambientes e processos de trabalho saudáveis.

A política pública de saúde no Brasil tem seus princípios pautados na universalidade, equidade e participação social, visando a garantia do direito e o acesso a melhoria das condições de saúde, incluindo ações de atendimento para uma vida digna e saudável, com prevenção, proteção e promoção a saúde destinada a toda população. Assim, como diz Silva, Barros e Oliveira (2002, p. 6):

Como processo social, as políticas de saúde revestem-se de grande complexidade na sua trajetória e as propostas de reforma dessas políticas encontram um processo lento e entrelaçado por uma diversidade de interesses e consequentes avanços e recuos, em virtude das diferentes forças que se apresentam em cada conjuntura e dos vários projetos diversificados para superar a lógica perversa do capitalismo. (SILVA; BARROS, OLIVEIRA, 2002, p. 6)

De acordo com a linha do tempo, com a manifestação do capitalismo no Brasil, a loucura ganhou um olhar através da medicina com enfoque no modelo clínico, considerando-a como doença mental. Por consequência, “Tomou como objeto de estudo “a doença” e o objetivo sua “cura”. Todavia, não tem conseguido na prática, confirmar os argumentos: doença mental/ intervenção médica/ cura.” (Silva; Barros; Oliveira, 2002, p. 6). Com isso, a dominação política prevaleceu sobre o corpo-biológico visando atender as necessidades econômicas no Brasil na época:

Para conservar e reproduzir essa lógica, o Brasil, desde a época do capitalismo emergente, fins do século XIX, instituiu mecanismos de Exclusão/Inclusão que se reproduzem até os dias atuais, por meio de Políticas Sociais, que pretendem atender algumas reivindicações da classe trabalhadora e excluí-la da propriedade dos meios de produção e do poder. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 6).

Durante a crise social de 1970, desencadeada pelo cenário político sobre o debate de alternativas para este polo, o governo brasileiro ousou a implementação de uma reforma institucional e a generalização de privatizações, como a “(...) compra de serviços particulares com o dinheiro público, valorizou a produção quantitativa de procedimentos do setor privado, favorecendo a empresa médico-estrutural, que resultou na medicalização em massa da sociedade.” (Silva; Barros; Oliveira, 2002, p. 5). Na psiquiatria este fator foi conhecido como indústria da loucura.

Ainda nesse contexto de crise, organizou-se o Movimento da Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica, como uma busca maior pela democratização e o fortalecimento da sociedade civil:

No plano específico da saúde, o Movimento propôs mudanças políticas, jurídicas, sociais e institucionais, discutidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, que resultou na proposta do Sistema Único de Saúde-SUS. Tal proposta buscou no conceito da determinação social do processo saúde/doença e na crítica à perversidade do sistema político, econômico e social, que mercantiliza a doença e a saúde. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 5)

Através do desenvolvimento das políticas de saúde, estratégias governamentais foram asseguradas pela Constituição brasileira, objetivando o atendimento e fornecimento de condições mínimas de sobrevivência para a população, com enfoque na promoção da qualidade de vida e a redução de riscos relacionados a saúde:

O movimento de democratização do Brasil colocou na Constituição Federal de 1988 um conjunto importante de direitos sociais, inserindo a saúde como um dever do Estado e direito da população. Esse fato foi um marco do processo histórico de conformação de um sistema de proteção social no país. (GADELHA; COSTA, 2012, p. 61)

A saúde ainda envolve a seguridade social, que “Além de sua importância (...) a saúde, como fator básico de cidadania, é parte inerente e estratégica da dimensão social do desenvolvimento.” (Gadelha; Costa, 2012, p. 61). O Sistema Único de Saúde – SUS, engloba integralmente as ações propostas pela política de saúde, sendo o maior sistema de saúde pública do mundo, buscando atender a todos de maneira igualitária por meio de suas ações, atenção primária, atenção abrangente, vigilância e prevenção à saúde.

É dever do Estado a garantia do acesso a saúde, tal como sua relevância para a geração de renda e empregos sendo um fator indicativo de cidadania. “Além disso, a saúde assume papel importante no desenvolvimento socioeconômico nacional, mediante a relação sistêmica dos serviços em saúde (...)” (GADELHA; COSTA, 2012, p. 62)

Com isso, o papel da saúde possui particular relevância para a inovação da geração, pois seu investimento em pesquisas e em seu desenvolvimento reúnem o planejamento e a implementação acerca da evolução de novas políticas:

Todos esses são fatores especialmente importantes na agenda de desenvolvimento, situando de forma inequívoca a importância estratégica da saúde nela. Assim, passa a ser importante um olhar sistêmico da saúde na proposta geral de desenvolvimento nacional em sua dimensão social e econômica. (GADELHA; COSTA, 2012, p. 63)

O conceito de saúde mental foi pensado e formulado a partir da criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948 e seu papel é manter o equilíbrio e bem estar físico, mental e social, voltado a uma ação preventiva e não somente de curar doenças. Dessa forma, ao longo de seu desenvolvimento,

(...) a política de saúde mental, à medida que foi se fortalecendo, foi também se estendendo a outros objetivos – por exemplo, a prevenção dos transtornos mentais, a atenção à saúde mental de crianças e adolescentes e as estratégias contra as dependências de álcool e outras drogas. (ALMEIDA, 2019, p. 1)

A política de saúde mental, foi discutida como tema central na I Conferência de Saúde mental em 1987, a partir daí o desenvolvimento dessa política cada vez mais se desenvolveu:

Graças à política de saúde mental iniciada nos anos 1980, o Brasil conquistou um lugar único no campo da saúde mental global. Esse destaque, amplamente reconhecido em nível internacional, deriva de o Brasil ter sido um dos primeiros, fora do grupo dos países de maiores recursos, a estabelecer uma política nacional de saúde mental e de tê-la implementado com êxito apreciável durante mais de 30 anos. Não surpreende, assim, que a experiência brasileira tenha despertado um grande interesse em todo o mundo e seja uma das experiências mais estudadas e discutidas nesse campo. (ALMEIDA, 2019, p. 1)

Com o seu desenvolvimento, a política de saúde ganhou cada vez mais visibilidade e estratégias que atendessem melhor as demandas da população. Posterior a década de 1970, era utilizado o modelo de sistema psiquiátrico "(...) caracterizados por baixa qualidade de cuidados e ocorrência frequente de violações dos direitos humanos, era escandalosamente arcaico." (ALMEIDA, 2019, p. 2).

Portanto era necessária uma nova reforma dos serviços de saúde mental. Um novo modelo de desenvolvimento que se adaptasse as demandas e o acesso a política de saúde foi implementado no Brasil, com contribuições para que essa política cada vez se tornasse favorável a população.

Foram alcançadas muitas mudanças através dos profissionais, lutas e movimentos sociais no contexto da saúde mental. Em 28 de dezembro de 1990 foi institucionalizado a Lei nº 8.142 que, "Dispõe sobre a participação da comunidade na

gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.” (LEI N° 8.142, 1990) E ainda, sobre a criação do SUS:

A Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) se deu através da Lei N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. (SILVA, 2013, p. 27)

Em 6 de abril de 2001, foi sancionada a Lei n° 10.216 com o objetivo de prezar pela assistência na saúde mental e proteger os direitos de pessoas com transtornos mentais. Para isso, uma série de fatores precisa ser observada, como a reinserção do indivíduo em sociedade e o tratamento com os cuidados necessários que cada caso se dispõe.

Alguns artigos que a Lei n° 10.216/01 propõe são:

Art. 1° Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2° Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração. (BRASIL, 2001, 2001, s/p)

Ao longo do desenvolvimento da sociedade e todos os avanços, houve o aprimoramento das políticas públicas e sociais. A elaboração de leis para o aperfeiçoamento do atendimento e de práticas profissionais executadas pela equipe multiprofissional vem sendo cada vez mais discutida.

Assim, as Políticas Públicas de Saúde Mental devem discutir e atualizar todos os meios de acesso da população às informações, estudar as demandas através de critérios epidemiológicos visando melhorias nos serviços principalmente para os usuários facilitando o processo de inclusão e inserção social na comunidade. As Políticas Públicas de Saúde Mental visam elaborar leis que contribuam para a melhoria no atendimento dos serviços e benefícios

para os usuários, transformando aquilo que é individual em ações coletivas, garantindo assim seus direitos sociais. A prática em saúde mental é uma responsabilidade social e deve se relacionar ao desenvolvimento histórico da sociedade. (SILVA, 2013, p. 32)

É dever do Estado responder as precariedades que a sociedade vive e visar a promoção do bem-estar da população por meio das políticas públicas, estando a área da saúde e saúde mental inclusas.

3.2 Estratégias de atendimento e intervenção psicossocial da política de saúde e equipe multiprofissional

A Política Nacional de Saúde Mental, segundo o Ministério da Saúde:

(...) é uma ação do Governo Federal, coordenada pelo Ministério da Saúde, que compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. (BRASIL, 2022, s/p).

Sua atenção é voltada para pessoas com algum tipo de transtorno mental, como ansiedade e depressão, causadas por uma série de problemáticas e justificativas. O uso e dependência de substâncias psicoativas também é um dos motivos da alteração nos níveis de transtorno mental. O tratamento dos indivíduos que fazem uso das ações que o Governo Federal oferece, atua na forma de serviços da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, sendo composta por várias unidades:

Além das ações assistenciais, o Ministério da Saúde também atua ativamente na prevenção de problemas relacionados a saúde mental e dependência química, implementando, por exemplo, iniciativas para prevenção do suicídio, por meio de convênio firmado com o Centro de Valorização da Vida (CVV), que permitiu a ligação gratuita em todo o país (BRASIL, 2022, s/p).

O Centro de Valorização da Vida (CVV), tem em suas ações realizar apoio emocional e a prevenção ao suicídio, oferecendo atendimento integro e gratuito, para toda e qualquer pessoa que queria e precise conversar, com total sigilo. Os atendimentos são feitos via e-mail, chat, telefone e VoIP, sendo este último um meio tecnológico de ligação conectado à internet, por meio de computadores, tablets e smartphones. O atendimento do CVV em parceria com o SUS, é feito 24 horas por dia, todos os dias da semana pelo número 188, por telefones fixos ou celulares.

O atendimento necessário efetuado pelo RAPS, é direcionado aos indivíduos e sua família:

O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções medicamentosas e terapêuticas, se e quando necessárias, conforme cada caso. Os indivíduos em situações de crise podem ser atendidos em qualquer serviço da Rede de Atenção Psicossocial, formada por várias unidades com finalidades distintas, de forma integral e gratuita, pela rede pública de saúde. (BRASIL, 2022, s/p)

A Rede de Atenção Psicossocial envolve diretrizes e estratégias assistenciais de atuação no Governo Federal, estados e municípios de todo país. O principal atendimento da saúde mental é realizado no Centro de Atenção Psicossocial, onde os usuários e sua família recebem acolhimento multiprofissional de acordo com suas necessidades e seu quadro de saúde terapêutico.

Há uma relatividade nos níveis de transtorno mental de cada pessoa, pois, a depender do caso, sendo de baixa, média ou alta complexidade, conseqüentemente, o indivíduo será encaminhado para outros locais que compõem a rede. Dessa maneira, o processo de intervenção psicossocial considera a Rede, sendo formada principalmente pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), subdividido nas seguintes modalidades:

CAPS I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes;

CAPS II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;

CAPS i: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;

CAPS ad Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes;

CAPS III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes;

CAPS ad III Álcool e Drogas: Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes. (BRASIL, 2022, s/p)

Há cidades e regiões com um quantitativo de habitantes inferior ao Caps de primeira instância, com mínimo de 15 mil pessoas. Para estes casos, considera-se o atendimento na saúde mental feito pela Atenção Básica, sendo as Unidades Básicas ou Postos de Saúde.

Considerando a continuidade das instituições que compõe a Rede, tem-se a Urgência e emergência: SAMU 192, sala de estabilização, UPA 24h e pronto socorro, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as Unidades de Acolhimento (UA), divididas em Unidade de Acolhimento Adulto (UAA) e Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil (UAI), os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, Comunidades Terapêuticas, Enfermarias Especializadas em Hospital Geral e Hospital-Dia.

Todas essas instituições fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial, pois nenhum equipamento funciona sozinho, depende da Rede para funcionar e conta com serviços e profissionais habilitados para o atendimento e acolhida de pacientes com transtornos mentais, a depender do grau de complexidade de cada um.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, a instituição do CAPS, sendo um serviço de saúde aberto e comunitário do SUS, compõe-se de uma equipe multiprofissional, sendo um conjunto de várias profissões essencialmente importantes para a elaboração, acompanhamento e um melhor tratamento da saúde mental dos usuários. A junção dos profissionais visa uma melhor comunicação, cooperação e objetivos eficientes de intervenção. A equipe da Rede de Atenção Psicossocial atua interdisciplinarmente com atendimento prioritário para pessoas com transtornos mentais.

Para a composição do CAPS I, a equipe mínima é composta por:

- 1 médico com formação em saúde mental:
- 1 enfermeiro.
- 3 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico).
- 4 profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão). (TOCANTINS, 2002, p. 2).

Dessa maneira, o Serviço social é uma das profissões que compõe a equipe multiprofissional do RAPS.

Historicamente, a entrada de assistentes sociais na Saúde mental foi sobredeterminada pela criação de equipes multidisciplinares no atendimento psiquiátrico. Essas equipes não se constituíram apenas porque o Serviço Social seria uma nova forma de encaminhar o problema da loucura, mas também porque o Serviço Social atuaria como “apaziguador” das “questões sociais” emergentes na área manicomial e como barateador dos custos de assistência em geral. (BISNETO, 2022, p. 55)

O papel do serviço social inserido como componente da equipe multiprofissional da saúde mental em atendimento direto com os usuários, de acordo

com o documento do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS: “Parâmetros Para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, se dá da seguinte forma:

O atendimento direto aos usuários se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal. (CFESS, 2010, p. 41)

Além disso, as ações que se dispõem ao assistente social em seu atendimento, “(...) são as ações socioassistenciais, as ações de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas. Essas ações não ocorrem de forma isolada, mas integram o processo coletivo do trabalho em saúde, sendo complementares e indissociáveis.” (CFESS, 2010, p. 42) E ainda:

Cabe ressaltar, entretanto, que para a realização das ações explicitadas é fundamental a investigação, considerada transversal ao trabalho profissional; o planejamento; a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde, bem como a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e a supervisão direta aos estudantes de Serviço Social. (CFESS, 2010, p. 42)

É necessário que o profissional do Serviço Social tenha clareza de suas atribuições e competências, definindo a prioridade de suas ações de acordo com as demandas postas a ele pelos usuários e a flexibilidade dos profissionais envolvidos. Cabe ao assistente social intensificar a orientação e acesso dos indivíduos e envolvidos ao acesso de seus direitos sociais.

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. (CFESS, 2010, p. 46)

Dessa forma, cada profissional da equipe que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, possui suas competências específicas para cada ação desenvolvida. A atuação do assistente social, portanto, requer a atenção legal do Código de Ética Profissional do/a Assistente Social e Lei de Regulamentação da Profissão N° 8.662 de 7 de junho de 1993.

As perspectivas que contribuem para a intervenção psicossocial dos profissionais que atuam na área da saúde, requer um tipo de acolhimento, que de tal maneira, o usuário se sinta confortável, para juntos traçarem estratégias de compreender a realidade como ela é e fazer com que estes, lidem com seus próprios desafios e emoções de forma sensível a partir do processo de intervenção:

Uma escuta cuidadosa dessa clientela revela que essa sintomatologia está simbolizando, na maioria dos casos, uma questão de ordem social, psicológica, econômica ou familiar com a qual o cliente não está conseguindo lidar no momento, necessitando de auxílio profissional para o manejo da crise que se instala a partir de sensação de incapacidade de tratar seus problemas. O fato de sentir-se ouvido, compreendido e respeitado em suas necessidades psicossociais cria o sentimento de autoconfiança, estimulando a auto competência do cliente para a exploração de seus problemas e para encontrar possíveis soluções para eles. Estamos falando da atuação do profissional de saúde como instrumento terapêutico. Sabemos que a relação profissional de saúde-cliente, constitui-se em um poderoso instrumento de intervenção clínica que pode promover mudanças. (PEREIRA, 2013, p. 80)

Segundo Alves e Francisco (2009, p. 772):

Na medida em que a perspectiva psicossocial se sustenta em um campo de conhecimentos que envolve a família, a abordagem transdisciplinar, o trabalho com grupos e a consideração da realidade social, a clínica ampliada parece caminhar na direção desse objetivo, sobretudo se considerarmos a estreita vinculação que mantém com o conceito da rede. (ALVES e FRANCISCO, 2009, p. 772)

O conceito inserido, diz respeito a definição do vínculo entre comunidade e sociedade civil e o fortalecimento das organizações sociais para a reinserção na sociedade e o desenvolvimento da cidadania. Na questão da Clínica ampliada, os serviços assistenciais da saúde são adentrados, tendo como referência o usuário, a família e a comunidade, com ligação direta à equipe multidisciplinar e multiprofissional.

Nos procedimentos e habilidades psicossociais, a reinserção social do indivíduo é o ponto que mais se observa para que os profissionais efetivem sua atuação. Portanto:

O meio de trabalho característico do modo psicossocial é a equipe interprofissional, que em sua constituição atual já supera em muitos aspectos o grupo comum dos especialistas, para incluir uma série de dispositivos que vão do teatro às diferentes formas de arte e artesanato, e da qual se espera (...) Pela ampliação operada pelo modo psicossocial quanto ao 'objeto' das práticas em saúde mental, entendido como existência-sofrimento, e por sua ampla crítica ao paradigma doença-cura (Rotelli, 1990) produz-se uma ampliação do conceito de tratamento e do conjunto de meios a ele dedicados. Pode-se dizer que o anterior ato de tratamento sobre a doença-objeto está, no modo psicossocial, transmutando-se em um verdadeiro exercício estético

em que o que é visado é a experimentação de novas possibilidades de ser (...) (COSTA-ROSA, 2000, p. 156)

Entende-se que a intervenção psicossocial vai muito além da cura de doenças ou somente o uso de medicamentos. É observado de maneira ampla, “(...) que seu modelo de intervenção tenha que superar o modelo médico”. (COSTA-ROSA, 2000, p. 156).

O modo de intervenção que mais se destaca é o acolhimento do sujeito, pois é o passo principal para dar início a outros tipos de demandas do caso, assim como a formulação de estratégias. Vale ressaltar que, os debates e rodas de conversas, são questões indispensáveis para a rede multidisciplinar, pois serão discutidos os impasses e em seguida as propostas de intervenção para a resolução de problemas. Os casos são analisados de maneira individual e coletiva em variados espaços, observando cada caso.

O vínculo entre terapeuta e usuário são necessários em todo momento da resolução de problemas, nota-se a equipe multidisciplinar presente. É necessário, que o indivíduo ao ser atendido, receba os cuidados necessários, de forma que o vínculo seja próximo entre os sujeitos sociais. Assim, a intervenção é realizada de maneira menos isolada:

Observamos, nos espaços coletivos da saúde mental, usuários dos serviços solicitando atenção: da família, da instituição, dos técnicos, da sociedade. Intervir junto a esses usuários implica promover transformações em práticas e reconhecer que há vínculos entre instâncias que até então pareciam distantes e isoladas, sem perder de vista que o objetivo da ação clínica é cuidar. (ALVES e FRANCISCO, 2009, p. 774)

A intervenção psicossocial no campo da saúde mental se baseia no estudo do cotidiano, adentrando nas relações econômicas, políticas e sociais que o sujeito está inserido e que expressa a sua ligação com o contexto social. Através da intervenção é preciso dispor do uso de estratégias e habilidades utilizadas pelos profissionais através das políticas públicas e sociais de saúde, fazendo o uso de dos instrumentais necessários analisando todo o caso e a situação vivida pelos indivíduos que fazem o uso do atendimento psicossocial.

Para que a realização da intervenção na saúde mental seja realizada de forma contributiva, os profissionais fazem uso do acolhimento para que o indivíduo se sinta confortável para dialogar e explicar a situação vivida por ele e conseqüentemente o usuário e profissionais traçarem estratégias para lidar com os impasses do cotidiano.

Nessa perspectiva, o olhar complexo resgata a dimensão ética (...) promovendo e acolhendo processos permanentes de transformação e inclusão do sujeito socio histórico. Ademais, leva-o a repensar outras possibilidades de ser e estar no mundo, abrindo espaços para as diferenças, para a desconstrução de conceitos rígidos e para a busca de caminhos alternativos. (ALVES; FRANCISCO, 2009, p. 771)

A escuta se faz necessária no momento do acolhimento. É lá onde serão colhidas as informações necessárias para o processo da intervenção:

Uma escuta cuidadosa dessa clientela revela que essa sintomatologia está simbolizando, na maioria dos casos, uma questão de ordem social, psicológica, econômica ou familiar com a qual o cliente não está conseguindo lidar no momento, necessitando de auxílio profissional para o manejo da crise que se instala a partir de sensação de incapacidade de tratar seus problemas. O fato de sentir-se ouvido, compreendido e respeitado em suas necessidades psicossociais cria o sentimento de autoconfiança, estimulando a auto competência do cliente para a exploração de seus problemas e para encontrar possíveis soluções para eles. Estamos falando da atuação do profissional de saúde como instrumento terapêutico. Sabemos que a relação profissional de saúde-cliente, constitui-se em um poderoso instrumento de intervenção clínica que pode promover mudanças. (PEREIRA, 2013, p. 80).

O aprimoramento de habilidades técnicas do profissional faz com que haja uma maior conexão entre ele e o usuário, conexão esta, que transmite confiança para que o indivíduo se sinta confortável em falar sobre as problemáticas cotidianas. A relação entre profissional e usuário é um forte instrumento de intervenção, que tem bons resultados de reinserção do indivíduo na sociedade, tanto que na Clínica ampliada há uma ligação direta com os sujeitos, sendo o usuário e a família com a equipe multiprofissional e multidisciplinar, tendo resultado e eficácia os serviços assistenciais que são acessados.

Os instrumentais técnicos operativos utilizados pelos profissionais, acompanham uma competência de observação da realidade de cada indivíduo. Por isso “(...) visam buscar estratégias, em combinação e aplicação das políticas sociais públicas, viabilizando o acesso às redes institucionais para os usuários que delas precisarem.” (Appel, 2017, p. 7). O acolhimento, o diálogo, a escuta e a observação são necessárias no processo de intervenção e apontam “(...) a melhoria dos resultados e a qualidade dos serviços oferecidos, com o desvendamento e dinâmica dos processos sociais em sua totalidade.” (APPEL, 2017, p. 7).

O Serviço Social como profissão inserida na Rede de Atenção Psicossocial, utiliza-se de meios humanizados para seu processo de intervenção junto a outros profissionais que compõem a rede e seus usuários, assim como “o assistente social

precisa debater o significado da humanização com a equipe a fim de evitar compreensões distorcidas que levem a uma percepção romântica e/ou residual da atuação [...]” (CFESS, 2010, p. 52). Pois:

A concepção de humanização, na perspectiva ampliada, permite aos profissionais analisarem os determinantes sociais do processo saúde-doença, as condições de trabalho e os modelos assistencial e de gestão. Nessa direção, cabe aos profissionais desencadear um processo de discussão, com a participação dos usuários, para a revisão do projeto da unidade de saúde, das rotinas dos serviços e ruptura com o modelo centrado na doença. (CFESS, 2010, p. 52)

São ações de articulação do Assistente Social no trabalho em equipe na área da saúde as seguintes considerações:

- esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde;
- elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros;
- identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida;
 - planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
 - avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe; (...) CFESS (2010, p. 53):

Os princípios e estratégias próprios da área da saúde mental dentro do Serviço Social, dirigem-se a equipe multiprofissional ao trabalho com as famílias, pois, a família é a principal rede de apoio dos usuários e o principal vínculo.

(...) a família tem um importante papel social e pode contribuir na prevenção do uso abusivo álcool e outras drogas, indo em busca de ajuda e no apoio ao tratamento de quem está tendo problemas como o uso de entorpecentes, sendo então a base de apoio que o usuário necessita e o serviço também compartilha o cuidado contínuo com os usuários. (APPEL, 2017, p. 8)

O Serviço Social, através do seu princípio teórico-operativo, faz com que ele se adentre no perfil do usuário e da família, analisando os aspectos culturais, locais, as suas relações com outras pessoas da família, amigos, vizinhos, escola, entre outros. Nesta dimensão teórico-metodológica dos instrumentos de trabalho do Assistente Social, ele executa seus serviços em três dimensões: a teórico-metodológica, ético-política e a técnico-operativa, sendo elementos que contribuem para a ação

profissional dentro das instituições e toda a eficácia da mediação na vida dos indivíduos.

Na atuação profissional do Serviço Social com o usuário, busca-se transformar a natureza da realidade apresentada, trabalhando seus instrumentais como metodologia de trabalho: Entrevista, Visita Domiciliar, Observação, Escuta Sensível, Olhar crítico sensível, Estudo Social e Diagnóstico Social. (APPEL, 2017, p. 8)

Com o uso destes instrumentais, os profissionais desenvolvem um trabalho mais prático, pois obtém informações relevantes de acordo com a historicidade do usuário:

Um dos instrumentos utilizados pelos Assistentes Sociais nas Instituições de Saúde Mental hoje em dia, é o (re)acolhimento realizado a fim de entender a historicidade de vida do usuário em sua totalidade, o que o levou o mesmo ao serviço, visitas domiciliares, escutas individuais. (APPEL, 2017, p. 9)

Na área da Saúde Mental, o Serviço Social visa a garantia de direitos dos usuários. “O profissional também tem como objetivo a garantia digna do tratamento do usuário e usar de todas as possibilidades que estejam ao seu alcance para proporcionar ao usuário a inclusão social com base em seus direitos.” (Appel, 2017, p. 9). A contribuição do Serviço Social na rede ambulatorial e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), se faz pela contribuição da efetividade de seus serviços:

O Serviço Social nos ambulatórios de Saúde Mental e nos CAPS tem como objetivo contribuir para a efetivação de um atendimento aos usuários da instituição de Saúde Mental e famílias durante o processo de tratamento, tanto terapêutico ou de desintoxicação do mesmo. Na perspectiva do acolhimento e da garantia de direitos, trabalhando com a identificação de necessidades socioassistenciais através de ações e orientações referentes aos direitos sociais e benefícios sociais específicos, articulação com a rede de proteção social, identificando os serviços institucionais e comunitários para o atendimento das demandas. (APPEL, 2017, p. 9)

O objetivo do atendimento nessas instituições é atender os usuários e as famílias para que seus direitos e necessidades básicas sejam assegurados e mantidos.

3.3 Desafios encontrados na política de saúde e no atendimento psicossocial

Os desafios encontrados na política de saúde e saúde mental, integralmente ligado ao SUS – Sistema Único de Saúde, que apesar de grandes avanços diante do

contexto desenvolvimentista da sociedade, comprova-se que o impacto causado pelo subfinanciamento e pelas insuficiências da gestão local do SUS, geram impasses capazes de obstruir a realização do objetivo e enfoque da política. Com isso:

(...) a implantação do SUS esbarrou em diversos obstáculos. Nos anos 1990, o predomínio de políticas econômicas e de agendas de reforma do Estado de inspiração neoliberal impôs constrangimento à lógica da Seguridade e a expansão de políticas sociais universais. (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017, p. 144)

Em uma análise aprofundada sobre a política de saúde, é possível evidenciar contradições caracterizadas em três principais desafios, como “(...) a inserção no modelo de desenvolvimento e na Seguridade Social, o financiamento e as relações público-privadas.” (Machado; Lima; Baptista, 2017, p. 155). Isso porque, em primeira instância o projeto da Seguridade Social configurado à Constituição de 1988, possui forte tensão entre políticas econômicas e sociais, ressaltando como desafio, a não articulação entre desenvolvimento e promoção ao crescimento econômico e direitos sociais, geração de renda e emprego e a redução das desigualdades.

No que tange o financiamento do SUS, de acordo com Machado; Lima; Baptista (2017, p. 156),

(...) os patamares de gasto público per capita em saúde e o comprometimento do gasto público com a saúde permaneceram abaixo daqueles observados em outros países, mesmo considerando sua maior estabilidade e ampliação nos anos 2000. Houve esforços para a alocação de recursos em regiões mais carentes, mas a permanência de problemas do sistema de partilha fiscal, associados ao caráter cíclico, com baixa prioridade econômica e fiscal do gasto federal, comprometeu maiores impactos redistributivos das transferências setoriais. (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017, p. 156)

Vários são os motivos que afetam a política de saúde no Brasil. Suas limitações são baseadas na escassez com que o Poder Executivo Federal considera os atores sociais e subnacionais em uma esfera federativa e democrática. Outro fator importante é a falta de exploração no âmbito geopolítico internacional e demográfico e na macroeconomia, sendo fatores que afetam a política de saúde. No entanto, seguindo os desafios encontrados no sistema:

O Brasil expressa de forma contundente as tensões na construção de um sistema de saúde universal em um país capitalista periférico extremamente desigual. Configura-se uma situação contraditória, de coexistência de um sistema público de dimensões expressivas, baseado na diretriz da universalidade, com mercados privados dinâmicos e em ascensão, que disputam os recursos do Estado e das famílias, espoliam a possibilidade de consolidação de um sistema de saúde de fato único e igualitário, reiteram a

estratificação e as desigualdades sociais. Diante do legado histórico-estrutural do sistema de proteção social, da persistência de fragilidades institucionais e do fortalecimento de ideias neoconservadoras e neoliberais, em um momento de instabilidade econômica e política, com ameaças à democracia brasileira, existem sérios riscos de retrocessos nas conquistas que haviam sido alcançadas na área social e na saúde no período pós-constitucional. (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017, p. 159)

Com o desenvolvimento da sociedade e sua contemporaneidade acerca do trabalho, a valorização da classe trabalhadora vem sendo cada vez mais explorada através de uma produção flexível, “(...) possibilitando o trabalhador operar várias máquinas simultaneamente, sob o princípio do *just in time*, para o melhor aproveitamento possível do tempo de produção.” (Viapiana; Gomes; Albuquerque, 2018, p. 180) Além disso, as empresas vêm cada vez mais reduzindo o quantitativo da força de trabalho manual e substituindo-a pelo trabalho e recursos tecnológicos:

A introdução de novas tecnologias é um dos aspectos centrais da acumulação flexível e tem como resultado, para um segmento dos trabalhadores, a exigência de maior qualificação, bem como a capacidade de realizar múltiplas atividades simultaneamente. (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 180)

Com novas condições contemporâneas de trabalho, por um lado os trabalhadores recebem o quesito de responsabilização por múltiplas tarefas, já por outro, vê-se a substituição de uma parcela da população por meios tecnológicos altamente eficazes e imediatos:

(...) a maioria das atividades são cada vez mais simplificadas, empregando uma força de trabalho com baixo grau de qualificação e substituível a qualquer momento. Como consequência, tem-se, de um lado, uma parte mais qualificada dos trabalhadores, com algumas condições mínimas de segurança no emprego, e, de outro, uma grande parcela de trabalhadores precarizados. (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 181).

Um desafio maçante diante das problemáticas atuais que comprometem a vida da população é referente a precarização dos vínculos de trabalho:

A grande mudança no papel das forças de trabalho, enquanto motrizes da produção, fez surgir o proletariado como resultado desse processo. Essas forças de trabalho se revelaram deveras desiguais (o que se verifica hoje com ainda mais ênfase), posto que os detentores dos meios de produção auferem lucros de maneira expressiva – o que, num sistema capitalista, condiz com a realidade que está posta. A questão é que, em sentido inverso, muitas vezes os trabalhadores não têm garantidos condições dignas de exercer seu labor, de salubridade física e mental. (ANDRETTA, 2019, p. 16).

A vida de toda e qualquer pessoa demanda condições básicas para o seu sustento. Dentro da lógica capitalista, o trabalhador se submete a circunstâncias exploratórias, como o aumento das cargas e horário de trabalho:

O trabalhador, pois, se vê em completa vulnerabilidade, perante a constante necessidade de aumento da produtividade no trabalho, desprezando-se o sujeito e as relações subjetivas e interpessoais que os compõem. Isso, conforme expõe Casulo, culmina na exaustão psíquica que, adiante, transforma-se em outros sintomas e doenças como produto do modelo de gestão empresarial capitalista.⁹² Como resultado, temos a segregação das pessoas entre si, que, adoecidas em seu estado mental, muitas vezes se tornam alheias à sua própria consciência. (ANDRETTA, 2019, p. 41).

E a partir desse argumento, nota-se, que cada vez mais os modelos de trabalho postos pela sociedade, impõem aos trabalhadores intensas e numerosas atividades, mas que, na mesma medida não incluem novos recursos de garantia e preservação de seus direitos trabalhistas. Como consequência, Andretta (2019, p. 73) confirma que:

(...) é possível constatar que a realidade do trabalhador, em saúde mental, é extremamente preocupante, como elevadíssima incidência de afastamentos, nem sempre corretamente avaliados e enquadrados perante a legislação e normatização vigentes, sendo o resultado é a cada vez maior precarização de suas condições de vida. (ANDRETTA, 2019, p. 73)

O desemprego e as transformações imediatistas se incluem em problemáticas do contexto em que a população brasileira se encontra, além da exploração e das péssimas condições de trabalho e o inaccessos aos direitos para quem trabalha. Dessa maneira, é ocasionado o adoecimento mental de uma quantidade significativa de pessoas:

O aumento das taxas de desemprego e a transformação do desemprego maciço em fenômeno permanente resultam em um quadro extremamente precário e de pauperização, inclusive com utilização de mecanismos supostamente pretéritos de exploração – aumento de jornadas, trabalho infantil, trabalho escravo ou semiescravo. (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 181)

E ainda:

Com a acumulação flexível, o trabalho expande-se para além da empresa, absorvendo outras dimensões do cotidiano, como os espaços de lazer e descanso, tornando praticamente todo o tempo de vida extensão do trabalho²⁰. Com as novas tecnologias de comunicação, o espaço das empresas se 'desterritorializa', de modo que tarefas do trabalho invadem a esfera doméstica, estendendo a jornada. O trabalhador deve estar a todo momento 'conectado', psiquicamente disponível para a empresa, podendo ser solicitado a qualquer momento, de acordo com a demanda de produção.

Além disso, parte importante do tempo livre destina-se ao aperfeiçoamento profissional, qualificação e adequação ao processo de trabalho. Esse quadro, além de contribuir para ampliação do desgaste, impacta, ainda, na redução do tempo de recuperação, de reprodução da força de trabalho. (VIAPIANA; GOMES; ALBUQUERQUE, 2018, p. 181)

Analisando essas particularidades relacionadas ao adoecimento relacionado ao trabalho, reflete-se ainda que a Reforma Psiquiátrica no Brasil, conta com desafios em seu processo de acessibilidade, equidade e recursos humanos. Conseqüentemente o SUS é afetado e algumas considerações são feitas quantitativamente em relação a esses fatos desafiadores que impendem parcialmente a efetividade da Reforma e política de saúde, pois:

Estima-se que 3% da população necessitam cuidados contínuos em saúde mental, em função de transtornos severos e persistentes (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves, deficiência mental com grave dificuldade de adaptação). A magnitude do problema (no Brasil, cerca de 5 milhões de pessoas) exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva. (...)

- A qualidade do atendimento deve ser garantida em todas as regiões do país, mesmo as mais carentes e distantes dos centros universitários, e pode ser assegurada através de um forte programa de capacitação, supervisão e formação de multiplicadores. O distanciamento entre as instituições de formação e pesquisa e a saúde pública, no Brasil, agrava as carências de formação e qualificação de profissionais. (BRASIL, 2005, p. 42)

Outro desafio que abrange a complexidade do SUS e todo o processo da Reforma psiquiátrica é o desenvolvimento de recursos humanos, que objetiva superar a referência ao contexto da loucura:

O processo da Reforma psiquiátrica exige cada vez mais da formação técnica e teórica dos trabalhadores, muitas vezes desmotivados por baixas remunerações ou contratos precários de trabalho. Ainda, várias localidades do país têm muitas dificuldades para o recrutamento de determinadas categorias profissionais, geralmente formadas e residentes nos grandes centros urbanos. (BRASIL, 2005, p. 45)

A partir disso, nota-se que a falta de profissionais habilitados também se dá pela desmotivação em seus respectivos cargos devido fatores externos e internos, podendo gerar uma sobrecarga mental. Além disso,

Novos desafios para a formação de profissionais, desde a graduação, são colocados para a saúde pública, e vêm sendo enfrentados na forma de programas de residência médica, residência multidisciplinar, cursos de especialização, apoiados financeiramente pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2005, p. 47).

Atualmente, o desafio mais complexo se encontra na pandemia da Covid-19, por meio da qual, o isolamento social se intensificou e o número de casos aumentou. Com isso, os casos de transtorno mental seguiam na mesma direção. A falta de profissionais habilitados para esse atendimento emergencial resultou na exigência do suporte da atenção básica para o controle social do número de pacientes.

Uma das situações mais complicadas encaradas pelos indivíduos e profissionais foi a baixa procura pelos Centros de Atenção Psicossocial e outras instituições psiquiátricas e Unidades Básicas de Saúde devido ao medo e os riscos da contaminação com o vírus. Com isso, os pacientes só procuraram atendimento com o agravamento da situação, dificultando o tratamento e até mesmo a prevenção de algum tipo de doença ou transtorno grave.

O fechamento de instituições, como o CAPS, ocasionou medidas de enfrentamento do vírus e estratégias para que os atendimentos continuassem, com todo o cuidado e medidas de prevenção. Sabe-se da importância da saúde mental para a população, em um contexto pandêmico e de isolamento social, no qual os riscos de doenças poderiam aumentar. O acolhimento e o acompanhamento contínuo são formas de promover vínculos, além da contínua garantia dos direitos às pessoas que requerem tratamento psicossocial.

4 ESTUDO, PESQUISA E ANÁLISE DE DADOS REFERENTES AO CAMPO DE ESTÁGIO NO CEREST ESTADUAL DO TOCANTINS: UMA ANÁLISE DA PARTICULARIDADE PSICOSSOCIAL

Neste capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos com base na experiência de estágio realizado no Cerest Estadual do Tocantins. Serão apresentados a análise dos dados referentes ao campo de estágio relativos à saúde do trabalhador, os instrumentais utilizados na pesquisa, sendo a elaboração do plano de estágio, relatório e diário de campo, sendo este último, os relatos de experiência do estágio.

A questão da saúde do trabalhador neste capítulo envolverá o adoecimento mental relacionado ao trabalho, no qual serão especificados os casos nas regiões de saúde do estado do Tocantins e os municípios onde ocorreram as notificações. Serão apresentados a profissão dos indivíduos notificados, o tipo de tratamento que cada um recebeu e a evolução de cada caso, com a apresentação da Política a qual a saúde do trabalhador está inserida.

Os anos de abrangência da pesquisa, foram de 2020 a 2022, considerando a especificidade da pandemia da Covid-19 e interesse no aprofundamento dos estudos durante esse período. Os dados são relativos à questão do adoecimento do trabalhador na particularidade do Cerest.

4.1 Estudo, pesquisa e análise de dados referentes ao campo de estágio no Cerest estadual do Tocantins: uma análise da particularidade psicossocial

O contexto metodológico acerca do presente Trabalho de Conclusão de Curso está inserido do estágio supervisionado na área da saúde do trabalhador, realizado na instituição da Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) Estadual do Tocantins. Os objetivos do estágio supervisionado estão na inserção do aluno no espaço ocupacional e processo de trabalho do assistente social, o viabilizando da teoria e prática e o aproximando da realidade em seu futuro ambiente de trabalho.

Segundo o Regulamento de Estágio Obrigatório da Universidade Federal do Tocantins, campus de Miracema (2010, p. 2) em seu capítulo I, disposições preliminares, tem-se o seguinte:

Artigo 1º: O estágio é atividade curricular obrigatória, do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Tocantins, que se configura a partir da inserção do aluno no espaço socioinstitucional constituído por organizações governamentais e não governamentais e movimentos sociais, denominados “campos de estágios”, para o exercício profissional do Assistente Social, o qual pressupõe supervisão sistemática exercida por docente da UFT com formação em Serviço Social e Assistente Social dos quadros da organização denominada “campos de estágio”. (REGULAMENTO DE ESTÁGIO OBRIGATÓRIO, 2010, p. 2)

Dessa maneira, entende-se que o estágio supervisionado contribui para a formação do aluno em seus saberes relacionados a profissão.

O Cerest Estadual do Tocantins, local onde foi realizado o campo de estágio supervisionado e observado as ações, funcionamento e linhas de atuação para o desenvolvimento do presente trabalho, tem por objetivo desenvolver em seu âmbito de atuação, ações articuladas com os demais pontos da rede de atenção e vigilância, em interlocução contínua com o controle social e espaços de gestão. É um componente estratégico da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (Renast), responsável pelo apoio institucional, técnico e pedagógico em Saúde do Trabalhador.

As experiências do campo de estágio foram voltadas para a observação e participação presencial no ambiente institucional com equipe multiprofissional e demais atores. As atividades foram através de leitura de portarias, análise de dados em sites relacionados a saúde do trabalhador, participação em cursos online, presenciais, Webinários e Web Conferências sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora. Tudo isso junto à supervisora de campo e profissionais da instituição.

A principal pesquisa realizada no campo de estágio para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão foi sobre o transtorno mental relacionado ao trabalho, sendo uma das Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (DART), notificada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

A população usuária do Cerest são trabalhadores e trabalhadoras acometidos por doenças ou agravos relacionados ao trabalho. O Serviço Social na instituição não realiza atendimento assistencial, nisso, um dos principais instrumentais é o matriciamento com os técnicos de outros municípios das regiões de saúde do estado do Tocantins, por meio do qual há uma relação direta e indireta sobre as informações de saúde nas cidades das regiões em que a Assistente Social é responsável, sendo a região de saúde Capim Dourado e Cerrado Tocantins Araguaia.

A metodologia utilizada na pesquisa se dá através de material bibliográfico, de cunho quali-quantitativo, tendo o método de observação presente e a utilização de dados estatísticos, dando luz aos gráficos elaborados acerca dos casos de transtorno mental.

Os objetos da pesquisa no capítulo 3, se dão através do Plano de Estágio de Intervenção I, Diário de campo de estágio, Análise Institucional e fichas dispostas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, além dos gráficos elaborados para melhor entendimento e compreensão dos casos que serão apresentados.

4.2 Instrumentais utilizados para a pesquisa referentes ao campo de estágio

A análise de dados referente ao campo de estágio desenvolvido no Cerest Estadual do Tocantins, baseia-se nos instrumentos do Diário de Campo, na execução do Plano de estágio de intervenção I, Análise Institucional da matéria obrigatória de Estágio em Serviço Social I e observação participante.

Através das observações e aprendizados no local de estágio referentes a saúde do trabalhador, adentrado a saúde mental e os transtornos relacionados ao trabalho, participação presencial em reuniões de grupos técnicos junto a supervisora de campo e demais profissionais da instituição, lives sobre a saúde do trabalhador, Webinários e Web conferências, procedeu-se à análise de dados quantitativos e qualitativos através de fichas dispostas no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), outro importante instrumento utilizado para a realização da pesquisa.

O Diário de campo, executado no campo de estágio, tem por objetivo desenvolver anotações com riqueza de informações sobre as ações e o que se realiza. Neste caso, o Cerest Estadual do Tocantins é a referência, sendo que suas ações são voltadas para o contexto de saúde do trabalhador.

Nisso, é necessário tratar os tipos de vigilância presentes na instituição, analisando antes o contexto de saúde, que, segundo os autores Segre e Ferraz (1997, p. 542): “Necessariamente ela observa, descreve, avalia e administra indicadores: a política de saúde louva-se nesses elementos”. Tal premissa reforça a complexidade da área da saúde.

Ao concluírem, os autores põem o seguinte questionamento acerca do conceito saúde ser definido pela OMS como estado “completo” de bem estar social: “e, concluindo, dentro desse enfoque, não se poderá dizer que saúde é um estado de

razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?” (SEGRE E FERRAZ, 1997, p. 542).

Com isso, a saúde não se limita somente através de suas ações. Sua história no Brasil é de muitas lutas e conquistas, tendo diversas ramificações, envolvendo os variados profissionais, disciplinas, ações e trajetórias. Tudo pelo bem estar e harmonia mental, física e psíquica da população, pela não sobrecarga no sistema, por novas conquistas e pelo contínuo desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

Tratando-se das vigilâncias em saúde, ela se define em 4 tipos principais, sendo vigilância epidemiológica, vigilância ambiental, vigilância sanitária e vigilância em saúde do trabalhador, sendo direcionadas pela Política Nacional de Vigilância em Saúde, que tem como descrição o seguinte:

Em 12 de junho de 2018 foi instituída a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), por meio da Resolução n. 588/2018 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A PNVS é um documento norteador do planejamento das ações de vigilância em saúde nas três esferas de gestão do SUS, caracterizado pela definição das responsabilidades, princípios, diretrizes e estratégias dessa vigilância. (BRASIL, 2018, p.1)

E na definição de suas premissas, de mesmo caráter que o SUS:

A PNVS é definida como uma política pública de Estado e função essencial do SUS, de caráter universal, transversal e orientadora do modelo de atenção à saúde nos territórios. Sua efetivação depende de seu fortalecimento e articulação com outras instâncias do sistema de saúde, enquanto sua gestão é de responsabilidade exclusiva do poder público. (BRASIL, 2018, p. 1)

Sendo assim, a vigilância em saúde garante e planeja ações para o bem estar da população em todo o país. Crianças, jovens e adultos, a pessoa idosa, trabalhadores e trabalhadoras são contemplados, prioritariamente, assim como diz o Art. 5º da Política de Vigilância em Saúde “(...) territórios, pessoas e grupos em situação de maior risco e vulnerabilidade, na perspectiva de superar desigualdades sociais e de saúde e de buscar equidade na atenção, incluindo intervenções intersetoriais.” (BRASIL, 2018, p. 1).

A vigilância de atuação do estágio advém da área da Superintendência de Vigilância e Saúde, que adentra a Diretoria de Vigilância e Saúde do Trabalhador e logo a Gerência de Saúde do Trabalhador, onde se encontra a própria vigilância em saúde do trabalhador. A Gerência e Saúde do Trabalhador desenvolve ações de Vigilância e Saúde do Trabalhador (VISAT) a nível estadual e é responsável por monitorar o desenvolvimento da VISAT nos municípios.

Suas estratégias estão na produção de conhecimento e instrumentos de intervenção contínua de produção, conhecimento, coleta, consolidação, análise e disseminação de dados relacionados a saúde do trabalho. Visam e trabalham o planejamento e a implantação de medidas de saúde pública para a proteção, prevenção e promoção a saúde da população.

O agravo que abrange o presente trabalho é a notificação compulsória de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho, definida como todo tipo de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação. Nos modos de intervenção psicossocial, há a investigação por parte dos profissionais e técnicos, logo que:

A investigação epidemiológica das doenças e dos agravos relacionados ao trabalho – (...) transtornos mentais relacionados ao trabalho (...) – constitui-se uma atividade obrigatória a ser realizada a partir da ocorrência do caso ou da informação sobre outros trabalhadores expostos aos mesmos fatores de risco no ambiente de trabalho. Deve-se avaliar as circunstâncias da ocorrência da doença ou agravo, assim como a relação com trabalho. (BRASIL, 2021, p. 80)

Partindo para o Plano de Estágio de Intervenção, sendo um dos instrumentos da pesquisa, os objetivos do Serviço Social no Cerest são:

- Analisar a relação capital x trabalho, reconhecendo as expressões da Questão Social no campo da saúde do/a trabalhador/a com olhar crítico e comprometido com a classe trabalhadora;
- Desenvolver ações que visem à promoção e a prevenção da saúde e garantia dos direitos sociais e da cidadania da classe trabalhadora;
- Reconhecer o/a trabalhador/a em todas as suas dimensões sociais;
- Formular, executar projetos e planos relacionados à política de saúde do/a trabalhador/a contribuindo para resultar na intervenção nos determinantes sociais do processo saúde-doença;
- Garantir acesso às informações aos trabalhadores e a participação da comunidade na política de saúde do/a trabalhador/a (TOCANTINS, Plano de Estágio/ Dados do Cerest, 2023, p. 3).

Os objetivos da instituição Cerest se centralizam em:

- Promover a saúde de ambientes e processos de trabalho saudáveis;
- Garantir a integralidade na atenção à saúde do/a trabalhador/a, que pressupõe a inserção de ações de saúde do SUS, mediante articulação e construção conjunta de protocolos, linhas de cuidado e matriciamento da saúde do/a trabalhador/a na assistência e nas estratégias e dispositivos de organização e fluxos da rede;
- Ampliar o entendimento de que a saúde do/a trabalhador/a deve ser concebida como uma ação transversal, devendo a relação saúde-trabalho ser identificada em todos os pontos e instâncias da rede de atenção;
- Incorporar a categoria trabalho como determinante do processo saúde-doença dos indivíduos e da coletividade, incluindo-as nas análises da situação de saúde e nas ações de promoção em saúde;

- Assegurar que a identificação da situação do trabalho dos/as usuários/as seja considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção em saúde;
 - Assegurar a qualidade da atenção do/a trabalhador/a usuário do SUS.
- (Plano de estágio I, 2023, p. 2)

A Análise Institucional é voltada ao conhecimento do coletivo, com o objetivo de pesquisar, questionar e analisar a historicidade de determinada organização, visando apreender a estrutura e funcionamento da mesma. Essa busca se concentra na pesquisa da história da instituição, ou seja, estuda-se o passado para entender a dinâmica atual, sua trajetória, mudanças, demandas e desenvolvimento.

A unidade de saúde do estado do Tocantins: Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador em conformidade com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) se localiza no Edifício Lauro Knopp – Quadra 104 Norte, Av. LO 02, 4º andar, na cidade de Palmas – TO, cep: 77006-022. O Cerest é um local de atendimento especializado em Saúde do Trabalhador. A Superintendência em Vigilância em Saúde integra a Diretoria de Vigilância em Saúde do Trabalhador, e dentro desta, integra a Gerência em Saúde do Trabalhador.

A Gerência Saúde do Trabalhador integra a Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador (DVAST), subordinada a Superintendência de Vigilância e Saúde no organograma da Secretaria da Saúde do Estado do Tocantins. Dentre as várias ramificações que a Superintendência possui, o Cerest Estadual da Secretaria de Estado da Saúde (SES TO) possui a Gerência de Vigilância em Saúde Ambiental e Gerência em Saúde do Trabalhador.

A Gerência Saúde do Trabalhador desenvolve ações de VISAT (Vigilância e Saúde do Trabalhador) a nível estadual e é responsável por monitorar o desenvolvimento da VISAT nos municípios. Suas estratégias estão em volta da produção de conhecimento e instrumentos de intervenção contínua de produção, conhecimento, coleta, consolidação, análise e disseminação de dados relacionados ao trabalhador. Visam e trabalham o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a proteção, prevenção e promoção da saúde da população.

Os conceitos e diretrizes da VISAT estão dispostos na portaria MS/GM Nº 3.120, de 1º de julho de 1998 (Consolidação 5 do SUS, 2017) que trata do conjunto de práticas sanitárias, articuladas setorialmente, cuja centralidade é a relação da saúde com os ambientes e processos de trabalho.

A Gerência e Saúde do Trabalhador do Cerest – TO objetiva também implantar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), sendo que, já segue a normatização da Política da portaria de Consolidação nº 2 do SUS, e desenvolve as competências de apoio matricial e institucional aos serviços de saúde da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast).

A estrutura da Renast é uma das estratégias da PNSTT, que integra uma rede de serviços de assistência e vigilância em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde, tendo por objetivos a ampliação do acesso e a execução de ações de promoção, proteção, prevenção e vigilância em saúde. Seu principal componente é o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

Os recursos humanos da Gerência e Saúde do Trabalhador atualmente contam com as seguintes categorias, segundo análise na instituição:

- Fisioterapeuta;
- Cirurgião-Dentista;
- Enfermeira;
- Tec. de Enfermagem;
- Médico;
- Analista em Desenvolvimento Social (Assistente Social);
- Psicólogo;
- Advogado;
- Assistente de Serviço de Saúde
- Engenheiro de Segurança do Trabalho;
- Assistente especializado II;
- Geógrafo. (Elaboração própria, 2023)

A política vinculada ao Cerest é a Portaria Nº 1.823, de agosto de 2012, instituída pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Os objetivos da portaria dispostos no Art. 8º visam o seguinte:

- a) identificação das atividades produtivas da população trabalhadora e das situações de risco à saúde dos trabalhadores no território;
- b) identificação das necessidades, demandas e problemas de saúde dos trabalhadores no território;
- c) realização da análise da situação de saúde dos trabalhadores;
- d) intervenção nos processos e ambientes de trabalho;

- e) produção de tecnologias de intervenção, de avaliação e de monitoramento das ações de VISAT;
- f) controle e avaliação da qualidade dos serviços e programas de saúde do trabalhador, nas instituições e empresas públicas e privadas;
- g) produção de protocolos, de normas técnicas e regulamentares; e
- h) participação dos trabalhadores e suas organizações; (BRASIL, 2012, p. 2)

As atividades desenvolvidas no campo de estágio na relação supervisor de campo e estagiário foram as seguintes:

- Participação e acompanhamento de atividades tais como reuniões técnicas e apoio institucional em saúde do trabalhador junto as referências técnicas dos municípios integrantes da região de saúde Cerrado Tocantins Araguaia e região de saúde Capim Dourado;
- Participação nos Grupos Técnicos de inspeção sanitária em saúde do trabalhador e vigilância ambiental e processos de trabalho;
- Participação em oficinas, cursos online, presenciais e webnários sobre a saúde do trabalhador e da trabalhadora;
- Acompanhamento na promoção à vigilância de doenças e agravos relacionados ao trabalho. (Elaboração própria, 2023)

Em relação às expressões da questão social presentes na instituição, encontra-se o preenchimento incompleto das fichas de notificação, o que pode acarretar em dados inverídicos no futuro, já que a Gerência e Saúde do Trabalhador monitora as regiões de saúde e é necessário que cada município preencha todos os campos da ficha de investigação, garantindo um melhor controle e monitoramento dos casos já notificados. Outro fator predominante é a questão do indicador. Quanto mais preenchido for a ficha de notificação, o indicador do município e da região de saúde aumenta, o que é importante para avaliar se o município ou região de saúde estão cumprindo com o preenchimento correto e minucioso das informações.

Mesmo com inúmeros desafios, o estado do Tocantins, é referência no preenchimento de dados de notificações no Sinan, em âmbito nacional quando comparado a outros estados brasileiros.

4.3 Particularidades da rede de Saúde do Trabalhador no estado do Tocantins

Antes de iniciar a discussão sobre as particularidades da saúde do trabalhador, é importante discorrer o conceito de trabalho e a sua influência na vida de cada indivíduo, sendo uma atividade executada pelo homem enquanto ser social. Sua relação com a saúde advém de um processo historicamente determinado e que ao longo do tempo e com as novas formas e processos de trabalho, sofreu significativas alterações de percas e conquistas.

Através da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, sendo um marco importante para o avanço da saúde em todo o país, a elaboração da política se deu de forma multidimensional. Com a união de experiências, diversos atores, processos participativos em conferências, encontros, seminários e grupos de trabalhos realizados durante a trajetória de saúde do trabalhador no SUS.

Dessa forma, é preciso que as informações e ações planejadas pela Política cheguem aos estados e municípios. A Cartilha Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (2014, p. 5), coloca o seguinte:

Para torná-la real nos municípios, nos territórios, nos ambientes de trabalho e em toda a rede SUS, considera-se muito importante que ela seja conhecida, debatida, divulgada e assumida por todos que vêm construindo o SUS que queremos e precisamos para nossa população. (CARTILHA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR E DA TRABALHADORA, 2014, p. 5)

Portanto, é necessário fazer ações conjuntas de normas, protocolos e atos normativos como orientação para os estados e municípios para o desenvolvimento de apoio matricial, ações de vigilância, avaliação e controle em ambientes e processos de trabalho.

A rede a qual é articulada a saúde do trabalhador, se organiza a partir da PNSTT e da Renast (Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador), sendo:

A Renast é uma rede de serviços e ações a serem mobilizadas no Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase nas ações de assistência e em Vigilância em Saúde, organizadas por meio de práticas individuais e coletivas, com diferentes densidades tecnológicas a depender do nível de complexidade, que visam integralidade do cuidado à população trabalhadora, a serem implementadas de forma articulada entre a esfera federal, estadual, Distrito Federal e municipal. (BRASIL, 2022, p. 9)

Os objetivos, princípios, diretrizes e ações da Renast e da Portaria se coincidem, por isso, junto a Renast, a Portaria N° 1.823, (2012, p.1) considera “(...) a necessidade de implementação de ações de saúde do trabalhador em todos os níveis de atenção do SUS”. Os serviços que devem ser desenvolvidos pelas ações de saúde são:

- a) Atenção primária em saúde;
- b) Atenção especializada, incluindo serviços de reabilitação;
- c) Atenção especializada, rede de urgência e emergência, e hospitalar;
- d) Rede de laboratórios e de serviços de apoio diagnóstico;
- e) Assistência farmacêutica;
- f) Coordenação de regulação do acesso;
- g) Coordenação de planejamento, monitoramento e avaliação das ações;
- e
- h) Área responsável pela auditoria. (BRASIL, 2022, p. 11)

Para o funcionamento da Renast, é necessário assegurar ao trabalhador um conjunto articulado de serviços promocionais, preventivos e assistenciais de recuperação da saúde. No Brasil, com as diferenças geográficas e socioeconômicas entre os estados e municípios, é preciso muita responsabilidade entre as esferas de gestão de SUS (Nacional, Estadual e Municipal), a descentralização das ações e a união de esforços das regiões de saúde para a garantia do acesso e direito a saúde aos trabalhadores.

As ações de saúde do trabalhador são organizadas nos eixos de promoção da saúde, assistência à saúde e vigilância em saúde do trabalhador (Visat).

O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) é uma das estratégias da Renast. “Os Cerest devem funcionar como serviços de referência para todos os serviços de saúde do SUS, funcionando como suporte técnico e pedagógico para o desenvolvimento das ações de Saúde do Trabalhador”. (Brasil, 2022, p. 15). Seu funcionamento se dá da seguinte maneira:

Os Cerest funcionam como elo para integração e articulação com os serviços de saúde que compõem as Redes de Atenção à Saúde, disseminando as práticas de Saúde do Trabalhador e buscando consolidar a importância do trabalho como categoria determinante no processo saúde-doença. (BRASIL, 2022, p. 15)

Na prática, as ações da instituição se dão por meio de reuniões periódicas entre a equipe multiprofissional do Cerest, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), através de atividades coletivas e ações compartilhadas. “Além disso, os Cerests devem alinhar-se aos preceitos da vigilância

em saúde como norteadora do modelo de atenção à saúde nos territórios”. (Brasil, 2022, p. 17) Ele deve ainda, realizar ações articuladas junto aos demais serviços de saúde dos municípios e regiões, para que incorporem a Saúde do Trabalhador em seu processo de trabalho.

Há três tipos de Cerest, podendo ser do tipo estadual, regional ou municipal. No estado do Tocantins, na capital Palmas se encontra o Cerest estadual, responsável pelo monitoramento, funcionamento e suporte aos Cerest regionais e municipais, além de organizar ações de Saúde do Trabalhador em âmbito estadual. E também o municipal localizado também em Palmas, responsável por desenvolver ações de Visat somente no município, ou seja, possui atribuições com um olhar direto para os serviços em Saúde do Trabalhador. É indicado para municípios de grande porte, economicamente ativa e numerosa, com perfil produtivo e atividades econômicas com risco à saúde dos indivíduos. Já o Cerest regional no Tocantins se encontra na cidade de Araguaína, sendo responsável pelas ações de Visat no próprio município e apoio matricial nas cidades de abrangência.

É atribuído aos Cerest estaduais, municipais e regionais, a Vigilância em Saúde do Trabalhador e a Atenção especializada em Saúde do Trabalhador, sendo sua forma e processo de intervenção.

A vigilância é constituída pela Vigilância Epidemiológica em Saúde do Trabalhador (Vesat), com foco na análise da situação de saúde do indivíduo em situação de trabalho, identificação, monitoramento da exposição, fatores e situações de risco no ambiente de trabalho, resultado e desenvolvimento das Dart (Doenças e agravos relacionados ao trabalho), Vigilância dos Ambientes e Processos de Trabalho (VAPT), identificação e intervenção da situação dos riscos por meio de inspeções sanitárias em Saúde do trabalhador.

A atenção especializada em Saúde do Trabalhador dispõe da assistência especializada com os mesmos objetivos da Visat. Portanto, a assistência referenciada aos trabalhadores no Cerest se dá através do seguinte:

- Consulta multiprofissional para investigação da relação de doenças e agravos com o trabalho;
- Notificação no Sinan de Dart;
- Emissão de laudo/parecer/relatório ocupacional sobre conclusão da relação de doenças e agravos com o trabalho, orientações trabalhistas, avaliação da capacidade funcional para o trabalho, mudança de função;
- Emissão de comunicação de acidente de trabalho (CAT);
- Emissão de atestados médicos;

- Encaminhamentos (referenciar) para exames diagnósticos, tratamento, reabilitação e continuidade do cuidado na RAS;
- Encaminhamentos para serviço social, previdência social, sindicatos etc. (Brasil, 2022, p. 21)

Ao apontar as ações que o Cerest executa, é necessário referenciar o que ele, enquanto área da saúde, não faz. O Cerest não realiza atendimentos de urgência e emergência e de saúde ocupacional, como emissão de atestado de saúde ocupacional, exames admissionais, demissionais, periódicos e de mudança de função. É importante citar também, que o Cerest não é, e não deve ser a porta de entrada do SUS. Sua função é receber os usuários referenciados pela rede.

A primeira ação a ser desenvolvida pelo Cerest adentrada a Visat, é a Análise de Situação de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (ASSTT), pois há a necessidade de conhecer o território, o perfil produtivo, as formas de adoecimento e morte, a rede de serviços e o suporte institucional e social. No caso da instituição a nível estadual, a mesma realiza a ASSTT geral dos municípios envolvidos e de toda a Unidade Federada.

Para a realização desta análise é essencial manter o monitoramento e análise dos dados dos sistemas de informação em saúde do SUS de forma sistemática. Para dar visibilidade as informações, é recomendável que notas técnicas e informes epidemiológicos sejam produzidos e amplamente divulgados. Um fator que o monitoramento de forma sistemática dos dados da situação de saúde traz, é que facilita o reconhecimento das doenças e agravos que acometem os trabalhadores.

Esclarecendo a organização da Renast e a relação do estado e dos municípios com o Cerest, um exemplo de situação-problema resume bem as etapas dos serviços e como o trabalhador, que sofre algum agravo ou doença em seu ambiente de trabalho é atendido pelo Cerest.

Exemplo: um trabalhador sofre um acidente e é atendido com urgência no hospital da cidade em que reside, com graves lesões em seu corpo. A equipe multiprofissional responsável pelo atendimento, especula que seja um acidente de trabalho, pois o mesmo estava em seu horário de labor. O hospital faz a notificação do acidente, mas não consegue estabelecer uma relação de causalidade e então acionam o Cerest Estadual, que se encontra em outra cidade, mas que é responsável pela região de saúde onde ocorreu o acidente. O Cerest então, verifica possíveis irregularidades e realiza a investigação epidemiológica da relação do acidente com o trabalho e a inspeção sanitária em Saúde do Trabalhador, para evitar que ocorra

outros acidentes no local. Após a confirmação da relação direta do acidente com o trabalho, o Cerest faz uma devolutiva ao município, que notifica o agravo no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O Cerest também notifica a empresa para que corrija as irregularidades encontradas no ato da investigação e inspeção e após 30 dias retorna à empresa para a verificação do cumprimento das recomendações.

Mesmo que o município onde ocorreu o acidente estabelecesse logo uma relação de causalidade com o trabalho, o Cerest seria notificado mesmo assim e conseqüentemente os dados levados ao Sinan. O papel da instituição após as etapas é o monitoramento do caso através do Sinan e a sua relação com o município para avaliar possíveis mudanças e evolução do caso por exemplo.

4.4 Estudos realizados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) sobre transtornos mentais relacionados ao trabalho: uma análise do período de março de 2020 a dezembro de 2022 no Tocantins

O Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) dispõe de notificações e investigação de casos de doenças e agravos relacionados ao trabalho, viabilizado aos estados e municípios notificarem e incluírem os variados problemas de saúde da população em suas regiões. Seu objetivo é permitir que a haja explicações e informações sobre agravos de notificação compulsória e a identificação de riscos, contribuindo para um controle epidemiológico da região.

O Sinan contribui para a democratização das informações dispostas, para que profissionais da área da saúde e comunidade tenham acesso, tendo grande relevância para o auxílio do planejamento, definição de prioridades, intervenção e análise de dados quantitativos e qualitativos.

Dentre as várias doenças e agravos relacionados ao trabalho, o transtorno mental está incluso e tem sido um grave problema de saúde pública dos últimos anos. Dentro do Sinan, há a ficha de investigação, na qual é definido o caso, sendo que, para esse tipo de agravo sua definição é:

Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravo de transtornos mentais utilizando os CID - 10:

Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais tem como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos (PORTAL SINAN GOV, 2016, s/p)

Sendo assim, na ficha de investigação os campos de preenchimento requerem ser de caráter obrigatório e essencial, para que haja informações minuciosas e uma melhor qualidade dos dados acessados pelos profissionais da saúde, população e quaisquer outras pessoas que acessem o sistema.

A ficha possui informações de Dados gerais, Notificação Individual, Dados de Residência, Dados complementares do Caso onde consta os Antecedentes Epidemiológicos, informação do transtorno mental, Conclusão, área de Informações Complementares e observações e dados do investigador (quem detém das informações e as digita na ficha do município/região) - em anexo.

Todas as informações solicitadas garantem um melhor controle social na saúde e um aprimoramento dos serviços. Com os dados de investigação dos casos, é possível observar quantas pessoas sofreram algum tipo de transtorno mental em seu ambiente de trabalho, se os casos em maior quantidade afetam mais homens ou mulheres, a ocupação de seus cargos, a situação que se encontram no mercado de trabalho, quanto tempo de exposição ao agente de risco, seus hábitos rotineiros e a evolução do caso, sendo estas, algumas das informações que contribuem para o preenchimento e qualidade das informações da ficha de investigação.

Um preenchimento minucioso garante ainda que o indicador aumente, quanto mais completa a ficha, melhor é para os municípios e para o Estado, o que o torna referência em saúde a nível nacional.

Tratando-se de transtornos mentais a nível geral, os transtornos do comportamento relacionados ao trabalho se inserem na temática. Os mesmos são representados para identificação como CID-10.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2001, p. 164), abaixo a lista de Transtornos Mentais e do Comportamento relacionados ao Trabalho (Grupo V da CID-10), adentrando a Portaria/MS N°1.339/1999, Capítulo 10:

- Demência em outras doenças específicas classificadas em outros locais (F02.8);
- *Delirium*, não-sobreposto à demência, como descrita (F05.0)
- Transtorno Cognitivo Leve (F06.7)
- Transtorno Orgânico de Personalidade (F06.7)
- Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático não especificado (F09.)
- Alcoolismo Crônico relacionado ao Trabalho (F10.2)
- Episódios Depressivos (F32.)
- Estado de Estresse Pós-Traumático (F43.1)
- Neurastenia (inclui Síndrome de Fadiga) (F48.0)
- Outros Transtornos Neuróticos Especificados (inclui neurose Profissional) (F48.8)
- Transtorno do Ciclo Vigília-Sono devido a fatores não-orgânicos (F51.2)
- Sensação de estar acabado (Síndrome de *Burnout* ou Síndrome do Esgotamento Profissional) (Z73.0) (Ministério da Saúde, 2001, p. 164)

Dentre os transtornos mentais mencionados pelo Ministério de Saúde do Brasil em 2001, estes eram agravos predominantes da época, e nisso houve diversas modificações na sociedade ao longo dos anos. As novas formas de viver e se relacionar, os meios tecnológicos, a globalização, as formas de trabalho e o crescimento populacional contribuíram para que a comunidade se desenvolvesse, mas também para que muitos se sentissem sobrecarregados e em uma esfera de não pertencimento, por não conseguirem se adaptar e acompanhar o desenvolvimento global e suas novas formas de vivência.

4.4.1 Dados referentes ao transtorno mental dos anos de 2006 – 2017 no Brasil

Em contexto nacional, para entender a grande aumento de casos de transtornos mentais relacionados ao trabalho recentemente, foram analisados dados respectivos à boletins epidemiológicos de anos anteriores retirados do Sinan do período de 2006 a 2017. Na publicação do Centro Colaborador da Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador, de abril/2019 – Edição nº13, ano IX, “O trabalho é um importante determinante social da saúde em geral e, especialmente, da saúde mental”. (Boletim Epidemiológico, 2019, p. 1). Portanto:

São conhecidos vários estressores ocupacionais relacionados à organização do trabalho, como a sobrecarga e desequilíbrio na divisão de tarefas e poder, que podem dar lugar ao assédio moral, dentre outras formas de violência. A exposição ao ruído excessivo e agentes químicos, como os agrotóxicos, pode resultar em agravos neurológicos e psíquicos. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2019, p. 1)

No Boletim Epidemiológico divulgado em 2019 com dados referentes aos transtornos mentais do período de 2006 a 2017 no Brasil, com base nos dados quantitativos, concluiu-se que 8.474 casos foram registrados no SINAN, sendo o maior percentual em mulheres e ao longo do tempo só aumentou. “O aumento geral dos registros do SINAN parece refletir a etapa de sua implantação, iniciada formalmente, apenas em 2007, mas também possíveis incrementos do risco de adoecimento psíquico.” (Boletim Epidemiológico, 2019, p. 1).

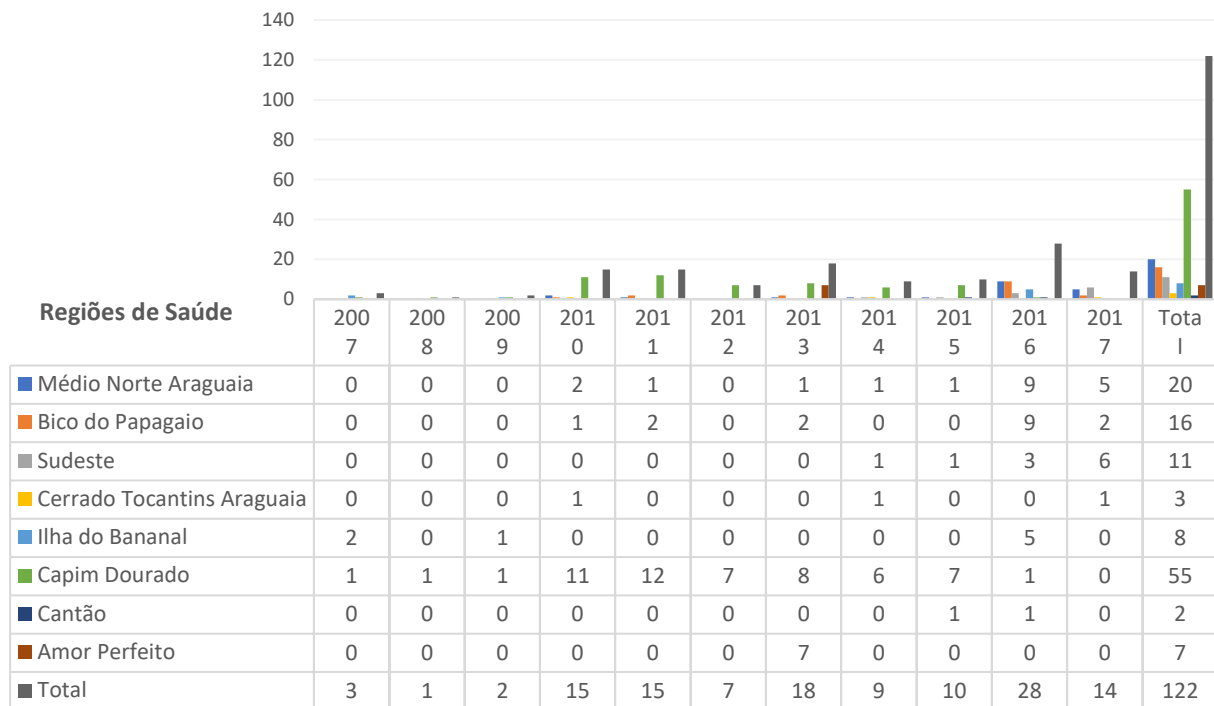
É importante ressaltar que, apesar dos casos de adoecimento mental relacionados ao trabalho terem passado por mudanças através dos novos meios de trabalho e tecnologia, a origem advém de causas semelhantes como o estresse, sobrecarga de trabalho, episódios depressivos e ansiosos devido aos baixos salários e a má qualidade de vida.

Portanto, estudos de anos anteriores a 2020 se assemelham a anos atuais, não deixando, claro, de observar as causas do adoecimento de cada um, analisando de forma individual e coletiva o sentir de cada indivíduo, com observação sensível, olhar totalizante dos casos e uma intervenção humanizada.

Hoje, estuda-se a relação de transtornos mentais relacionados ao trabalho e a proteção recomendada que os trabalhadores expostos a riscos no trabalho e agravos já ocorridos deveriam receber, assim como cita o Boletim (2019, p. 1): “(...) como afastamentos laborais com benefícios acidentários da Previdência, acesso a cuidados à saúde, medidas coletivas de prevenção, dentre outras.” Apesar dos muitos estudos relacionados ao tema, ainda é pouco investigado o nexo ocupacional desses agravos. Os agravos de transtorno mental referentes ao trabalho, são apresentados no SINAN como notificação compulsória.

Abaixo, relação dos casos de transtorno mental relacionado ao trabalho entre os anos de 2007 a 2017 nas regiões de saúde do estado do Tocantins.

Gráfico 1: Notificação de Transtorno Mental relacionado ao Trabalho segundo as Regiões de Saúde no estado do Tocantins, 2007-2017



Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan Net

A representação do gráfico, ao particularizar o estado do Tocantins, cita o número de notificações dos anos de 2007 a 2017 com um total de 122 casos, demonstrando a abrangência que o transtorno mental causou na população do estado do Tocantins durante esse período. A maioria dos casos se concentraram na Região de Saúde Capim Dourado, tendo a capital do estado, Palmas em seu polo, com 55 casos nos anos citados.

Ouve também uma variação nos anos, tendo menos casos nos anos de 2007, 2008 e 2009 e tendo um aumento repentino em 2010 e 2011 com 15 casos em dois anos seguidos. O maior número de casos se concentrou em 2016, com 28 notificações de transtorno mental.

4.4.2 Dados referentes ao transtorno mental dos anos de 2020 a 2022 no estado do Tocantins

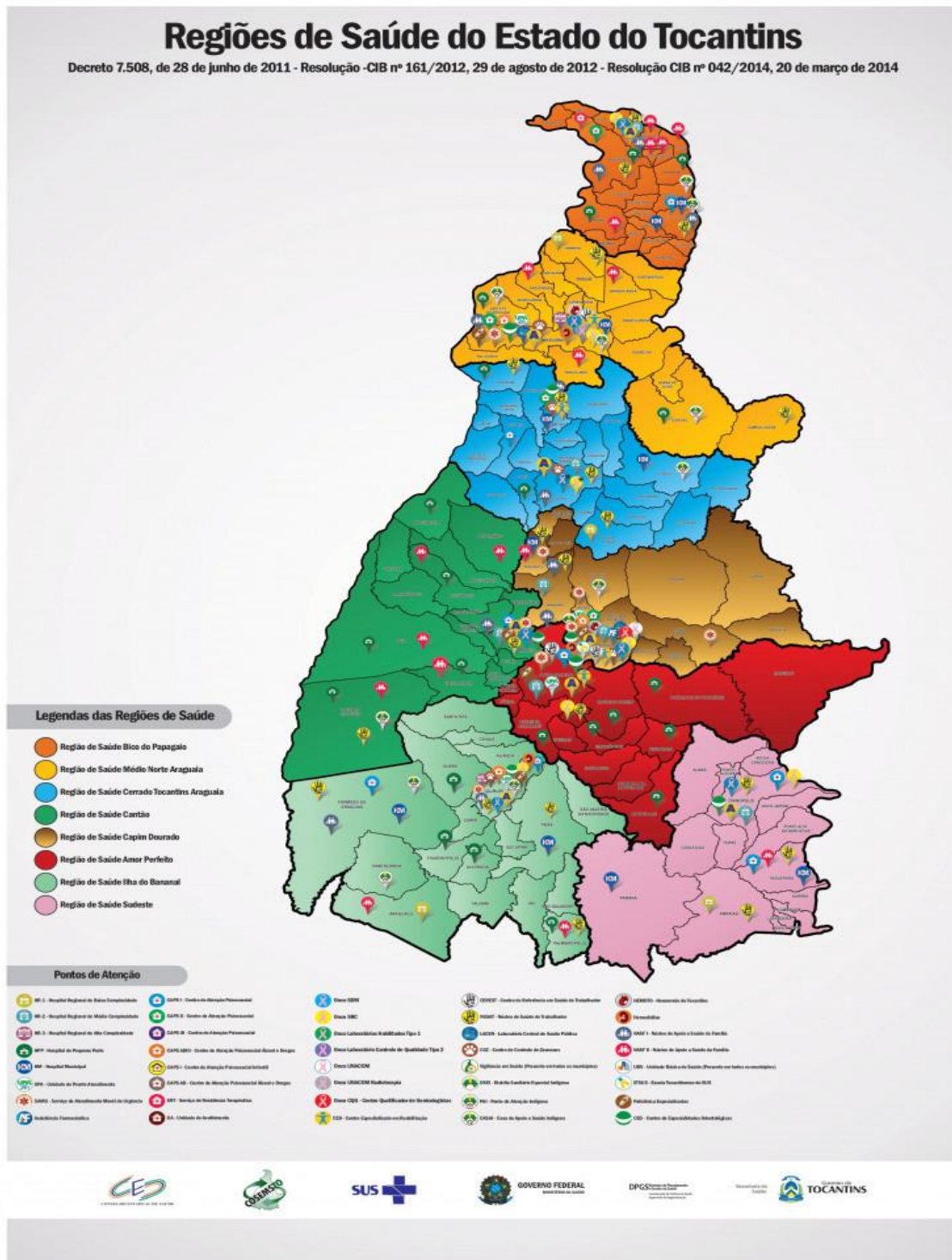
Em contexto estadual, os dados relativos aos transtornos mentais relacionados ao trabalho no estado do Tocantins referentes aos anos de 2020 a 2022 (período de pandemia da Covid-19), serão apresentados a seguir.

Através dos objetos de pesquisa Plano de Estágio, Análise Institucional e observação participante extraídos do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest) junto a supervisora de campo e assistente social, o Serviço Social neste setor não realiza atendimento assistencial, a mesma é responsável pelo monitoramento das Regiões de Saúde Capim Dourado e Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia.

Os dados tabulados serão retirados do sistema TabWin, em referência ao Sinan Net (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), onde é extraído por região de Saúde. No estado do Tocantins há o total de 8 regiões de saúde, cada uma com seus respectivos municípios, sendo:

- Região de Saúde Bico do Papagaio (24 municípios);
- Região de Saúde Médio Norte Araguaia (17 municípios);
- Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia (23 municípios);
- Região de Saúde Capim Dourado (14 municípios);
- Região de Saúde Amor Perfeito (12 municípios);
- Região de Saúde Cantão (16 municípios);
- Região de Saúde Ilha do Bananal (18 municípios);
- Região de Saúde Sudeste (15 municípios).

Abaixo, representação da Regionalização da Saúde no Tocantins – Dados e Mapas.



Fonte: Secretária da Saúde. Governo do Tocantins, Mapa Regiões de Saúde do Estado do Tocantins.jpg

As Regiões de Saúde (RS) do Tocantins são representadas pelas seguintes cores:

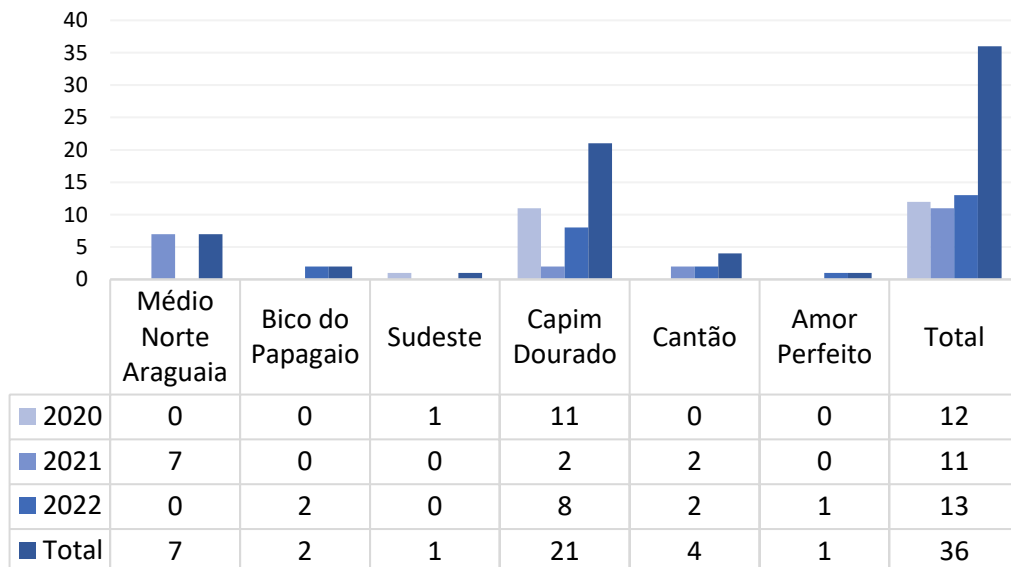
- Laranja: Região de Saúde Bico do Papagaio;

- Amarelo: Região de Saúde Médio Norte Araguaia;
- Azul: Região de Saúde Cerrado Tocantins Araguaia;
- Verde escuro: Região de Saúde Cantão;
- Amarelo queimado: Região de Saúde Capim Dourado;
- Vermelho: Região de Saúde Amor Perfeito;
- Verde Claro: Região de Saúde Ilha do Bananal;
- Rosa Claro: Região de Saúde Sudeste.

O estado do Tocantins conta com 03 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Há três tipos de Cerest: o Estadual, Regional e Municipal. No estado há 01 Centro Estadual, sediado em Palmas, 01 Regional localizado em Araguaína que abrange a Região de Saúde Médio Norte Araguaia do estado e 01 municipal situado em Palmas fazendo referência somente ao município, onde se concentra a maior população do estado.

Abaixo, gráfico quantitativo do número de casos de transtorno mental por região de saúde no estado do Tocantins no período de três anos (2020 – 2022).

Gráfico 2: Notificação de Transtorno Mental relacionando ao trabalho no Estado do Tocantins, 2020 - 2022



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, junho de 2023.

Seguindo o gráfico extraído do SINAN NET (Ministério da Saúde, 2023) é observável que no período de três anos (2020, 2021 e 2022) o total de notificações de transtorno mental foi de 36 casos, sendo um número considerado baixo, haja vista do grande adoecimento mental relacionado ao trabalho durante a pandemia. Isso se dá pelo fato de as regiões de saúde não notificarem o transtorno mental como agravo relacionado ao trabalho e seu foco estar diretamente ligado a pandemia. Isso mostra uma precariedade e desinformação na notificação dos dados por parte dos profissionais e técnicos dos municípios.

Em 2020, o Brasil foi tomado pelo isolamento social devido a pandemia do Coronavírus, causando medo e uma série de consequências psicológicas e mentais à população brasileira, em especial a população tocantinense. Nesse mesmo ano, apenas duas regiões notificaram transtorno mental relacionado ao trabalho, sendo a região de saúde Capim Dourado, com um quantitativo de 11 casos e a região de saúde Sudeste, com somente 01 caso, totalizando em todo o ano de 2020, 12 notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho.

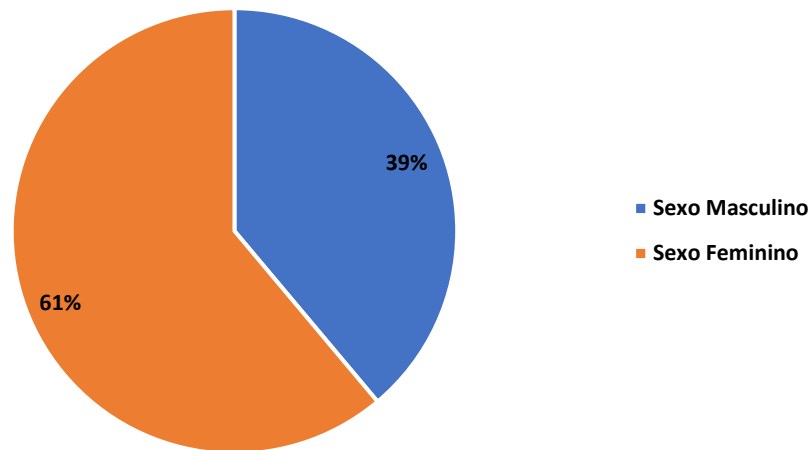
No ano de 2021, o número de casos diminuiu, mas as regiões notificadas que em 2020 eram somente duas, passaram a ser três no ano correspondente. A razão da diminuição dos casos, se dá pelo fato de vários órgãos terem sido fechados devido a contaminação do vírus e as aglomerações nas instituições entre os anos de 2020 e 2021, impossibilitando a população de ir nos centros de atenção à saúde e saúde mental e/ou notificarem os transtornos como agravos associados ao trabalho.

Isso não significa que o número de pessoas adoecidas tenha sido menor, somente que não há um número considerável de pessoas realmente adoecidas e registros de dados nos órgãos de saúde e atenção psicossocial no ano de 2021. As regiões de saúde onde houve notificação no ano citado, foram as regiões Médio Norte Araguaia com 07 casos notificados, a Região de Saúde Capim Dourado com 02 casos e a Região de Saúde Cantão, também com 02 casos notificados, totalizando 11 casos no ano de 2021.

Já no ano de 2022, as notificações voltaram a aumentar, tendo o mesmo quantitativo de casos de 2020. As regiões de saúde notificadas com agravos de transtorno mental relacionado ao trabalho foram RS Bico do Papagaio com 02 casos notificados, RS Capim Dourado com 08 casos notificados, RS Cantão com 02 casos e RS Amor Perfeito com 01 caso, totalizando 13 notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho em 2022.

Dentre os casos de transtorno mental no Tocantins de 2020 a 2022, a faixa etária da população apresentada varia de 15 a 79 anos, com ênfase nos indivíduos de 35 a 49, em situação de trabalho. É importante observar também o percentual entre os sexos feminino e masculino. Neste caso, entre os anos analisados (2020-2022) compreende que há uma maior concentração de transtornos em mulheres, com 22 casos e em homens, 14 casos, totalizando as 36 notificações. Segue a representação em percentual através do gráfico a seguir, representando todas as regiões de saúde citadas:

Gráfico 3: Notificação de Transtorno Mental relacionado ao Trabalho segundo o sexo no Estado do Tocantins, 2020 - 2022



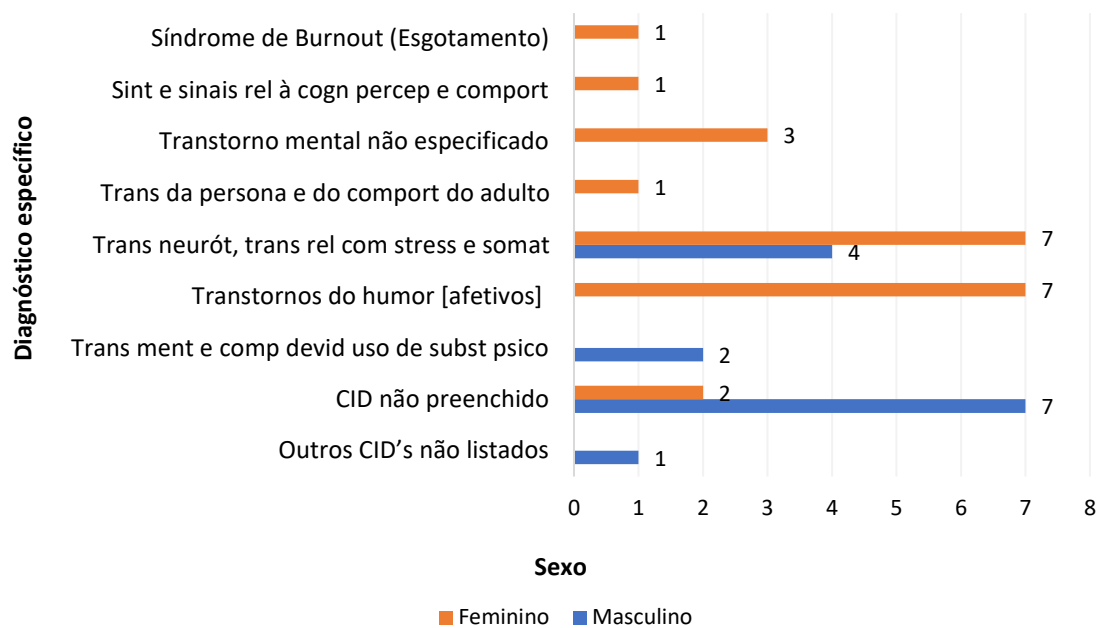
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net

Os municípios que notificaram agravos relacionados ao trabalho fazem parte das Regiões de Saúde:

- RS Médio Norte Araguaia: Araguaína (07 casos);
- RS Bico do Papagaio: Axixá do Tocantins (02 casos);
- RS Sudeste: Arraias (01 caso);
- RS Capim Dourado: Palmas (21);
- RS Cantão: Monte Santo do Tocantins (01 caso), Nova Rosalândia (01 caso) e Paraíso (02 casos);
- RS Amor Perfeito: Oliveira de Fátima (01 caso).

Dentre os tipos de transtorno mental e do comportamento dispostos pelo Ministério da Saúde do Brasil (2001, p. 164), com atualizações do contexto atual, será representado no gráfico a seguir os tipos que mais ocorreram durante o período pandêmico.

Gráfico 4: Notificação de Transtorno mental relacionado ao Trabalho segundo o Diagnóstico Específico no Estado do Tocantins, 2020-2022



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, junho de 2023

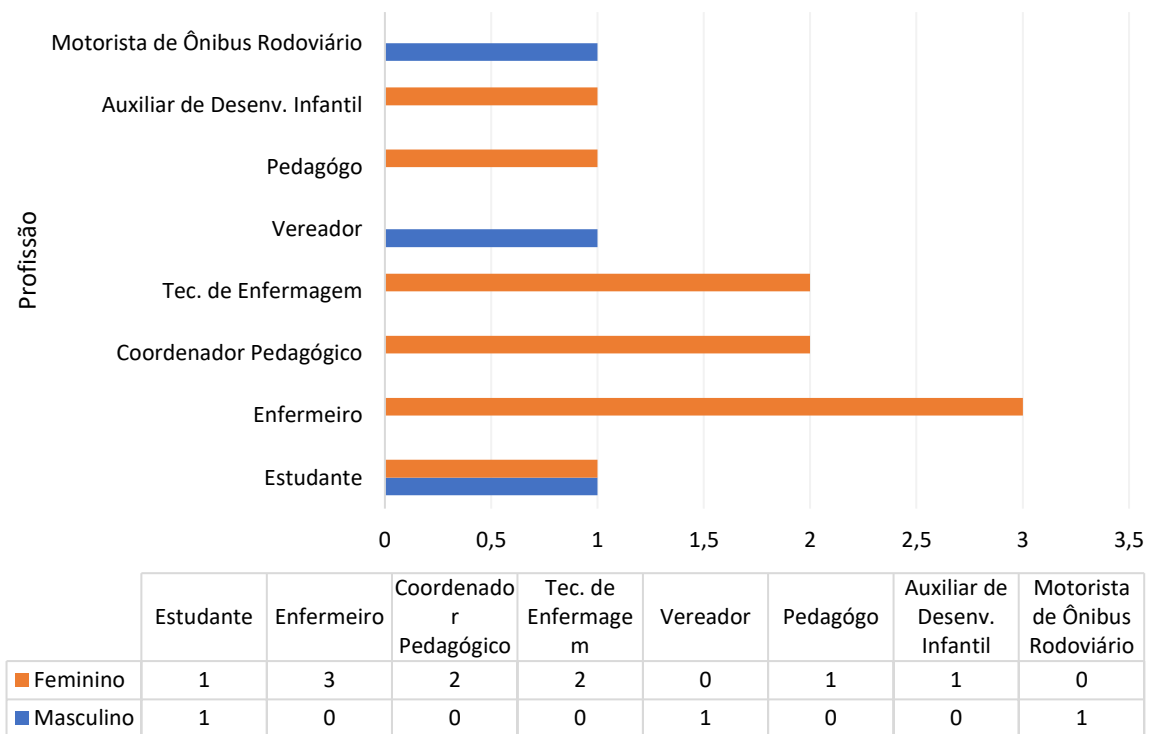
O diagnóstico específico para cada caso, considerando os sexos feminino e masculino representado no gráfico, é apresentado com 01 caso de Síndrome de Burnout, ou síndrome do esgotamento profissional (Z73.0). 01 caso com sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40-R46). 03 casos de transtorno mental não identificado, podendo ser por falha ou falta do preenchimento das informações ou apenas sugerindo que não há um diagnóstico certo ainda. 01 caso de Transtorno da Personalidade e do Comportamento do Adulto (F60-F69).

11 casos de Transtornos Neuróticos, Estresse e Somatoformes (F48), considerando homens e mulheres. 07 casos de Transtorno do humor (afetivos) (F30-F39). 02 casos de Transtorno mental e compulsivo devido uso de substâncias

psicoativas (F19). 09 casos com o CDI (Classificação Internacional de Doenças) não preenchido e 01 caso com outros CID's não listados, totalizando os 36 casos notificados.

Dentre todos os casos destacados, encontra-se profissionais das áreas de educação, saúde, política, transporte, setores administrativos e outros. Será representado no gráfico 4, dados quantitativos sobre os maiores números de ocupação por sexo no estado do Tocantins.

Gráfico 5: Notificação de Transtorno mental relacionado ao Trabalho segundo a Ocupação no Estado do Tocantins, 2020-2022



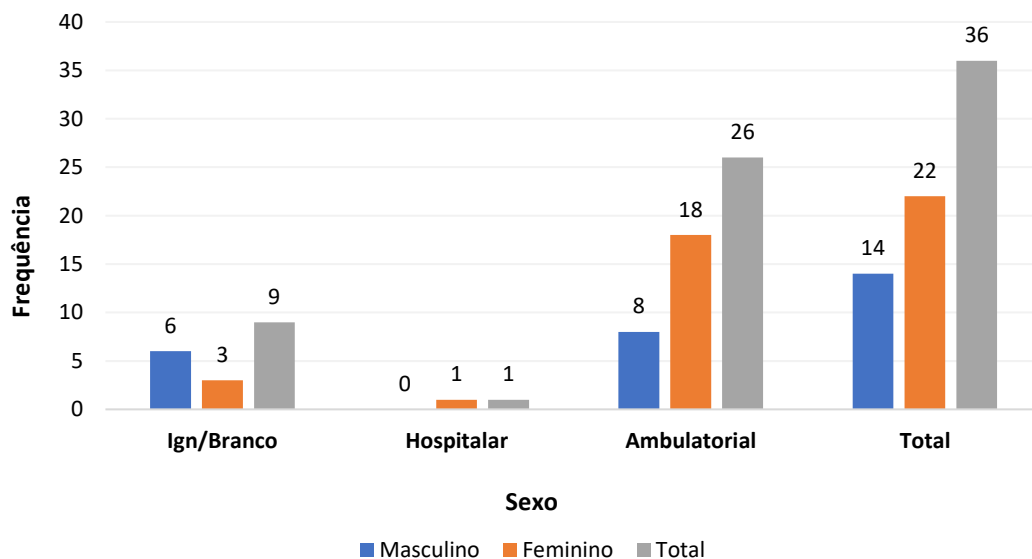
Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, junho de 2023

Alguns dos profissionais adentrados no campo ocupação de notificação no Sinan de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), foram motorista de ônibus rodoviário (01), Auxiliar de desenvolvimento infantil (01), Pedagogo (01), vereador (01), Técnico de enfermagem (02), Coordenador pedagógico (02), enfermeiro (03) e estudante (02). Os casos citados são somente os que representam o maior número entre os 36 casos especificados no período de 2020 a 2022 com mais de um caso na mesma linha de ocupação.

A ocupação estudante adentra neste campo devido estar em exercício de trabalho e sofrer o agravo, mas não ser classificado como jovem aprendiz ou os tipos de trabalhado formal, informal, temporário, autônomo ou outros.

Dentre as notificações dos 36 casos de transtorno mental no SINAN (2020-2022), cada caso que adentrou na rede de saúde SUS foi atendido na forma hospitalar e/ou ambulatorial e o seu tratamento seguiu a mesma ou diferente linhagem. Especificando o Tipo de Tratamento, observamos:

Gráfico 6: Notificação de Transtorno Mental segundo o Tipo de Tratamento no Estado do Tocantins, 2020 - 2022



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, junho de 2023

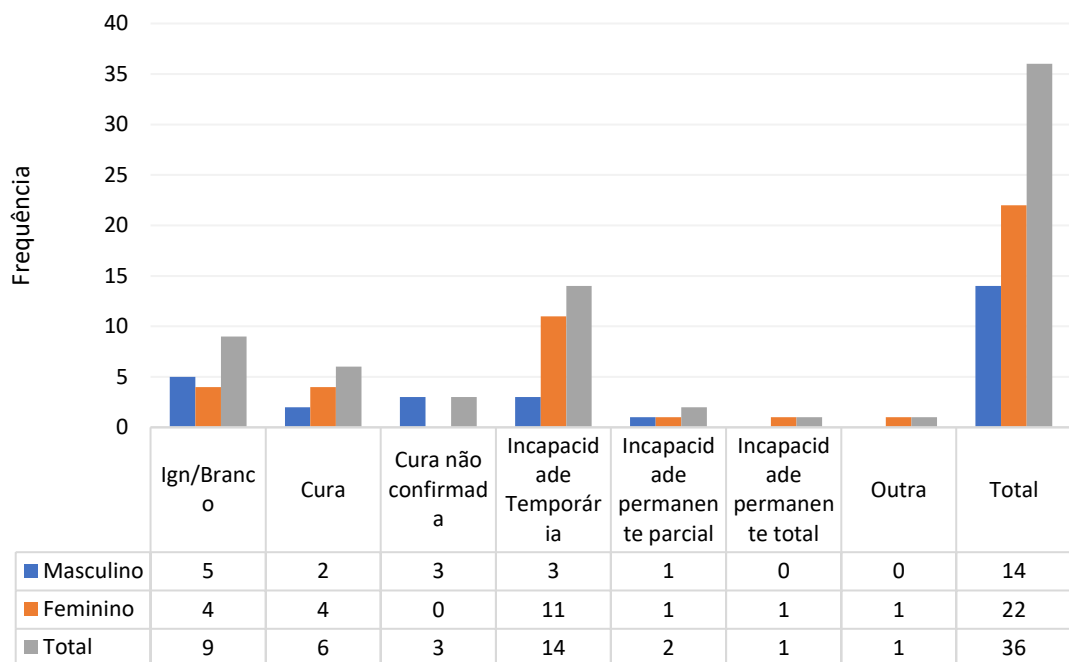
De acordo com as estatísticas, 09 casos entre feminino e masculino foram notificados na ficha de investigação do Sinan como ignorado/em branco, ou seja, não foi descrito se o tratamento ocorreu na forma hospitalar ou ambulatorial. 01 caso foi tratado na rede hospitalar e 26 casos, sendo 08 masculinos e 18 femininos, ocorreu em tratamento ambulatorial.

Os municípios notificados foram Araguaína com 07 casos, Axixá com 02 casos, Arraias 01 caso, Palmas com 21 casos, Monte Santo 01 caso, Nova Rosalândia 01 caso, Paraíso 01 caso e Oliveira de Fátima com 01 caso notificado.

A evolução de cada indivíduo segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação vai do diagnóstico de cura à incapacidade permanente total. Abaixo gráfico

de representação da evolução dos casos atendidos pela rede de saúde em regimes hospitalares e ambulatoriais, entre as ocupações de profissionais da educação, saúde, serviços administrativos e outros, e a sua relação com diagnósticos específicos de transtorno mental relacionado ao trabalho.

Gráfico 7: Notificação de Transtorno mental relacionado ao Trabalho segundo a Evolução do Caso no Estado do Tocantins, 2020-2022



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, junho de 2023

A evolução do caso diz respeito a um dos diagnósticos finais e como evoluiu a situação do paciente. Nos campos Ignorado/Branco e Outra significa a não especificação da evolução do caso, simbolizando no gráfico nove (09) casos que ainda não confirmaram e se encontram em branco e um (01) caso selecionado como Outra.

Casos com cura confirmada obtiveram seis (06), cura não confirmada três (03), incapacidade temporária quatorze (14), sendo analisado e monitorado integralmente. Incapacidade permanente parcial dois (02), e incapacidade permanente total um (01), totalizando os 36 casos dos três anos abrangidos sem nenhuma ocorrência de óbitos.

Mesmo que o número de casos acerca dos transtornos mentais tenha reduzido durante a pandemia e que poderia ser um ponto positivo, é necessário o monitoramento dos casos já notificados. Os casos de transtornos tiveram uma repercussão voltada à pandemia e não como agravos relacionados ao trabalho. Mesmo que ocorra não só transtornos, mas também acidentes, intoxicações e câncer resultantes do trabalho, é preciso observar as causas e processos que tem levado os trabalhadores a desenvolverem esses tipos de agravos.

Garantir capacitação, qualificação profissional e uso de equipamentos de proteção individual (EPI) é de suma importância, mas, é necessário também ter ciência da garantia e promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis.

Em contexto nacional, o informe do Boletim Epidemiológico de abril de 2020, objetiva:

(...) apresentar recomendações para a promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros visando a prevenção das doenças e agravos relacionados ao trabalho, incluindo os acidentes que vitimam milhares de trabalhadores no Brasil e no mundo. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020, p. 40)

Através das novas formas de trabalho, novas modificações no quadro de doenças também se aprimoraram, e essas modificações tem dado espaço para reflexões acerca da qualidade de vida no trabalho e nos meios sociais, tal como nas formas de contratação e de intensificação dos processos produtivos. Mas, já se tem um olhar ampliado sobre a temática de saúde do trabalhador. “O campo da Saúde do Trabalhador reconhece as profundas transformações contemporâneas no mundo do trabalho e suas consequências na produção dos riscos e efeitos à saúde humana.” (Boletim Epidemiológico, 2020, p. 40).

Dessa forma, as ações voltadas para a saúde do trabalhador são consideradas não só de forma individual, mas também coletiva, geográfica, biológica, cultural e sociopolítica.

O trabalhador e trabalhadora no Brasil tem seus direitos assegurados através da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT), Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012. O Boletim Epidemiológico (2020, p. 40) explica o seguinte sobre a política:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) tem por preceito central a redução da morbimortalidade entre os trabalhadores mediante a adoção de práticas e ações para atenção integral à saúde,

priorizando a identificação, eliminação ou mitigação dos fatores de riscos e outros determinantes das doenças e agravos originados ou intensificados pelos processos produtivos. (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2020, p. 40)

O Ministério da Saúde é quem monitora os agravos relacionados ao trabalho através dos Acidentes de Trabalho, Doenças Osteomusculares, Câncer, Perdas Auditivas Induzidas por Ruídos (Pair), Intoxicações Exógenas e em especial os Transtornos Mentais, todos relacionados ao trabalho. Várias outras doenças também podem ser relacionadas ao trabalho, o que pode ser observada de forma mais recentes devido a pandemia da Covid-19, singularizando os trabalhadores dos serviços de saúde.

Um dado quantitativo citado no Boletim Epidemiológico (2020, p. 40), é que, “no período de 2010 a 2019 foram registradas no Sinan 1.513.481 casos de Doenças e Agravos Relacionados ao Trabalho (Dart), sendo (...) 11.785 casos de Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT); (...)”. No contexto atual em que se encontra o Brasil, hoje esse número é ainda maior.

Por isso, ações de prevenção, promoção, escuta qualificada, assistência e vigilância em saúde em conjunto com as áreas governamentais, o setor produtivo e os próprios trabalhadores fazem a Política de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora funcionar de forma mais efetiva, visando a garantia de ambientes e processos de trabalho seguros e cada vez mais saudáveis.

4.5 Análise dos dados: comparação dos dados de 2016 a 2019 com o período da pandemia da Covid-19, 2020 a 2022

O processo saúde-doença advém de momentos de críticas sobre as limitações que a sociedade impõe a ela. Segundo Viapiana e Albuquerque (2018, p. 176):

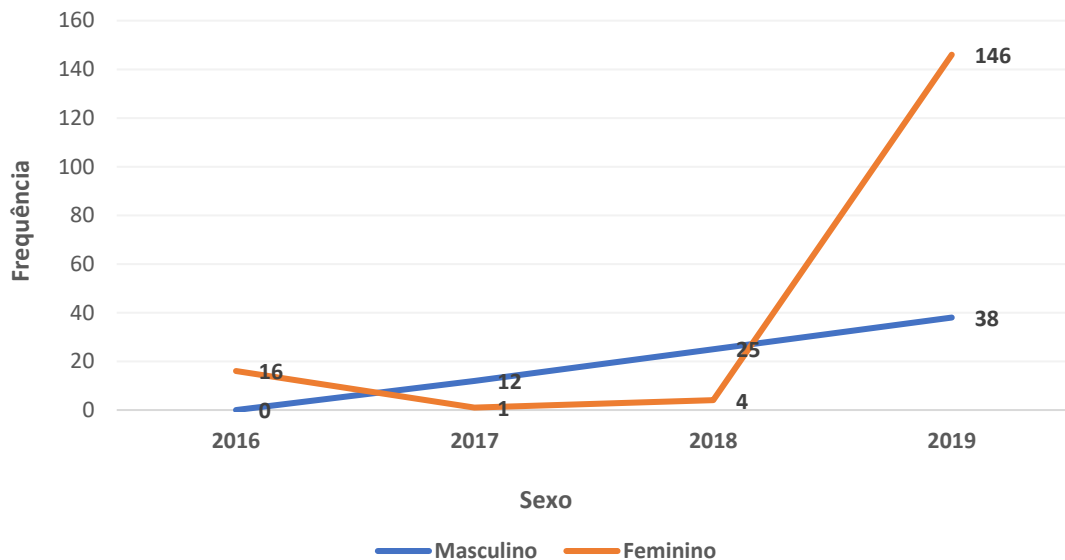
Em alguns países da América Latina, esse processo ganha conotações mais críticas com a produção em torno da teoria da determinação social do processo saúde-doença que, no caso brasileiro, irá influenciar o surgimento do campo da saúde coletiva a partir do fim dos anos 1970. (VIAPIANA e ALBUQUERQUE, 2018, p. 176)

Esse processo somado a outras leituras críticas do ramo, contribuiu para que nas últimas décadas o termo sofrimento psíquico fosse objeto de estudos, afim de problematizar a relação dos processos sociais, condições de vida e principalmente de trabalho. Portanto, os casos de adoecimento mental, principalmente relacionado ao

trabalho cresceu em número significativo nos últimos anos envolvendo diversas situações para a causa.

Abaixo, Gráfico 7 sobre transtorno mental relacionado ao trabalho no estado do Tocantins dos anos de 2016 a 2019, período anterior a pandemia. Nele é possível observar o grande número de casos, sendo de 184 notificações, o que comparado ao período de pandemia e um grande aumento de pessoas dominadas pelo medo e ansiedade, os números são quase que obsoletos, sendo de 36 casos entre os anos de 2020-2022.

Gráfico 8: Notificação de Transtorno mental relacionado ao Trabalho segundo o sexo no Estado do Tocantins, 2016-2019



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan Net, junho de 2023

De acordo com a frequência de notificação, no ano de 2016 o estado notificou 16 casos de transtorno mental relacionado ao trabalho do sexo feminino e nenhum do sexo masculino. Em 2017, o número de casos em mulheres despencou para 1, tendo uma queda de 15 casos comparados ao ano anterior, enquanto que os casos masculinos aumentaram de 0 para 12 casos, com um total de 13 casos no ano. Em 2018 os casos femininos tiveram um aumento para 4 notificações e o sexo masculino, considerando um aumento gradual, para 25 casos, tendo um total de 29 casos no ano.

No mesmo ano em que a pandemia começou a dar seus primeiros sinais, mesmo que ainda distante da realidade brasileira e tocantinense, o Tocantins notificou o maior número entre os anos equivalentes do gráfico 8, com 146 casos notificados

em mulheres e 38 casos em homens, tendo um total de 184 notificações. A soma dos casos nos anos de 2016, 2017, 2018 e 2019 em notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho foi o total de 242 em homens e mulheres.

Fazendo um comparativo com os anos de 2020, 2021 e 2022, período intenso da pandemia da Covid-19, é observável a queda no número de notificações de transtorno mental durante esse período. Isso porque houve uma baixa incidência de notificações de transtorno mental relacionado ao trabalho, pelo fato das doenças e agravos se voltarem para o contexto da pandemia.

Dessa maneira, é visível as diferenças em termos comparativos dos dados anteriores ao período da pandemia, (2016-2019) com o próprio período em si (2020-2022), já que, muitos trabalhadores foram demitidos de seus empregos, o que não justifica o número ser tão obsoleto comparado aos anos antecedentes. Isso porque, durante o período de perdas não só de empregos, mas também de familiares e entes queridos, os trabalhadores formais, informais e desempregados se viram em uma situação de calamidade e anseio, dando origem aos agravos psicológicos relacionados ao trabalho.

A pandemia da Covid-19, que deu início em março de 2020 no Brasil, contribuiu também para que transformações nos modos de trabalho se modificassem, se tornando híbridas e mais práticas. Em maio de 2023, a Organização Mundial de Saúde declarou o fim da pandemia, pois já não era vista como emergência em saúde pública no mundo, mas que a vigilância, o monitoramento e cuidados eram e são necessários para prevenir possíveis retornos e novas ondas de fortalecimento do vírus.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da pesquisa se desenvolveu a partir de material bibliográfico, descritivo e quali-quantitativo. De início a pesquisa faria referência somente ao modo qualitativo, porém houve a necessidade de realizá-la através da contribuição do Cerest, com dados quantitativos e os percentuais sobre os trabalhadores adoecidos com transtorno mental relacionado ao trabalho no estado do Tocantins entre os anos de 2020 a 2022.

A coleta de dados para a elaboração dos gráficos e dos dados apresentados no capítulo 3 foi feita no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), através da Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador – Cerest, Diário de Campo de Estágio e observação participante. Através dos dados apresentados, considera-se que houve uma subnotificação dos casos de 2016 a 2019 com os dados de 2020 a 2022, resultado da pandemia da Covid-19, ocorrida nos anos mencionados (2020-2022).

O tema de estudo faz referência ao processo de intervenção psicossocial, bem como os desafios acerca da política de saúde e saúde mental e a sua trajetória e a atuação do assistente social neste processo, sendo atuante junto a equipe multiprofissional. A realização do apoio matricial entre Serviço Social e outras profissões e áreas se faz necessário e essencial.

Os resultados obtidos tem por caráter a implementação e atuação das leis de saúde N° 10.216 de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, a Lei N° 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e Portaria N° 1.823 de 23 de agosto de 2012, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora definindo princípios, diretrizes, e estratégias das três esferas de gestão do SUS.

Os objetivos da pesquisa abrangem também os processos de intervenção social e psicossocial, em especial no estado do Tocantins pela vigilância, inspeção e monitoramento da situação de saúde dos trabalhadores nas regiões de saúde do estado visando a promoção, prevenção e ambientes e processos de trabalho saudáveis.

Garantir a saúde mental da população através do atendimento e tratamento psicossocial realizado com os instrumentais técnico operativos do Serviço Social e com a equipe multiprofissional utilizando a interdisciplinaridade é importante, mas é preciso ir muito além disso. Por intermédio de ambientes de trabalho saudáveis, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, haja vista que impacta diretamente na qualidade de vida e ações do cotidiano do trabalhador.

REFERÊNCIAS

- ABEPSS. **Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**. p. 41, 2010. Disponível em <https://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311145368198230.pdf> acesso em 13 de junho de 2023.
- ALCÂNTARA, Vírnia Ponte; VIEIRA, Camila Araújo Lopes; ALVES, Samara Vasconcelos. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n. 1, p. 351-361, 2022.
- ALMEIDA, José Miguel Caldas de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad. Saúde Pública**, (2019; 35(11))
- ALVES, Edvânia dos Santos; Francisco, Ana Lúcia. Ação Psicológica em Saúde Mental: Uma abordagem Psicossocial. **Psicologia, Ciência e Profissão**, 2009. Artigo. p. 768 - 779.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- ANDRETTA, Bruno dos Santos. **Precarização do trabalho e da vida**: quando o retrocesso de direitos atinge a saúde mental dos trabalhadores. Santa Maria – RS. 2019
- ANTUNES, Ricardo. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviços na era digital. - 1. ed. - São Paulo. Boitempo, 2018.
- APPEL, Nicolle Montardo. O assistente social inserido na saúde mental e suas estratégias de intervenção. **VIII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. 2017.
- BERLINGUER, Giovanni. Globalização e Saúde Global. **Estudos avançados**. v. 13, n. 35, p. 21-38. 1999.
- BOLETIM epidemiológico. Promoção de ambientes de trabalho saudáveis e seguros na prevenção das doenças e agravos relacionados ao trabalho. Secretária de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Volume 51. Nº 18. abril de 2020, Coordenação geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT/ DSASTE/ SVS) p. 40 – 44. Disponível em <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim_epidemiologico_svs_18_st.pdf> acesso em 29 de maio de 2023.
- BOLETIM epidemiológico. Transtorno Mentais Relacionados ao Trabalho no Brasil, 2006-2017. Centro Colaborador de Vigilância dos Agravos à Saúde do Trabalhador. Abril/ 2019 – Edição nº 13, ano IX. p. 5. Disponível em <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/ccvisat_bol_transtmentais_final_0.pdf> acesso em 02 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde mental**. Gov.Br. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>> acesso em 28 de novembro de 2022

BRASIL, **Constituição Federal (Artigos 196 a 200)**. 1988 Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf> acesso em: 22 de setembro de 2022.

BRASIL. **Lei N° 1.508**, de 18 novembro de 2004. Disponível em <<https://www.al.to.leg.br/arquivos/7754.pdf>> acesso em 21 de abril de 2023.

BRASIL. **Lei N° 10.216**, de 6 de abril de 2001. Disponível em <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2010.216-2001?OpenDocument> acesso em 17 de setembro de 2022.

BRASIL. **Lei N° 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.080-1990?OpenDocument> acesso em 24 de setembro de 2022.

BRASIL. **Lei N° 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%208.142-1990?OpenDocument> acesso em 04 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **8ª Conferência Nacional de Saúde 1986** mar. 17-21; Brasília. Centro de Documentação; 1986. [Relatório final].

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde** / Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil; organizado por Elizabeth Costa Dias, colaboradores Idelberto Muniz Almeida et al. – Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho_manual_procedimentos.pdf> acesso em 25 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites** / Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/a_politica_de_saude.pdf> Acesso em: 21 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf> Acesso em 13 de setembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental / Ministério da Saúde, Secretaria

de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília. Ministério da Saúde, 2015, p. 548: il. (**Caderno HumanizaSUS**; v. 5)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília. Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf> acesso em 31 de maio de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Curso Básico em Saúde do Trabalhador**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, - Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 39 p.

BRASIL. **Política Nacional de Vigilância em Saúde**. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de saúde. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/p/politica-nacional-de-vigilancia-em-saude>> acesso em 31 de maio de 2023.

BRASIL. **Portaria N° 1.823**, de 23 de agosto de 2012. Disponível em <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html> acesso em 02 de junho de 2023.

BRASIL. **Resolução – CIB N°. 120/2013**, de 22 de agosto de 2013. Disponível em <<https://central3.to.gov.br/arquivo/311516/>> acesso em 23 de abril de 2023.

CARTILHA Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Sistema Único de Saúde. Política nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Portaria Federal GM/MS N° 1.823, de 23 de agosto de 2012. Salvador – BA, 2014. Disponível em < http://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Cartilha-Pol_Nac_Sa%C3%BAde_Trab_FINAL_A.pdf> acesso em 10 de junho de 2023.

CFESS. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2010.

COSTA, Pedro Henrique Antunes da; COLUGNATI, Fernando Antônio Basile; RONZANI, Telmo Mota. Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistêmica da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10) 3243-3253, 2015.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P., org. **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. Loucura & Civilização collection, pp. 141-168. ISBN 978-85-7541-319-7. Available from SciELO Books. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197-09.pdf>> acesso em: 04 de novembro de 2022.

AUGUSTO BISNETO, José. **Serviço social e saúde mental**: uma análise institucional da prática. São Paulo: Cortez, 2022.

FERNANDES, Márcia Astrês; SILVA, Dinara Raquel Araújo; IBIAPINA, Aline Raquel de Sousa; SILVA, Joyce Soares e. Adoecimento mental e as relações com o trabalho: estudo com trabalhadores portadores de transtorno mental. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**. 2018; 16(3):277-286

FERREIRA, Larissa de Castro Marção; COELHO, Millainy de Oliveira; DUARTE, Marco José de Oliveira. **Diversidade sexual e de gênero na saúde mental**: Aproximações e experiências no campo da pesquisa. Vol. 02, N. 01, 2018.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois; COSTA, Laís Silveira. **Políticas de saúde no Brasil**: continuidade e mudanças. / organizado por Cristiani Vieira Machado, Tatiana Wargas de Faria Baptista e Luciana Dias de Lima. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

GAINO, L. V; Souza, J; CIRINEU C. T; Tulimosky, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. 2018, 108-116.

GUIA PRELIMINAR. **Como lidar com os aspectos psicossociais e de saúde mental referentes ao surto de covid-19**, março, 2020. Versão 1.5. Tradução técnica para versão em português: Dr. Márcio Gagliato.

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 1, 297-305, 2009.

KREIN, Carline Engel. O Conceito ampliado de saúde e sua relação com a saúde mental. Salão do Conhecimento. Evento: **XXVIII Seminário de Iniciação Científica**. 2021

MACHADO, C. V; LIMA, L. D; BAPTISTA, T. W. F. Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cad. Saúde Pública** – 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>> acesso em 03 de novembro de 2022.

NEVES, Afonso Carlos. Conceito Ampliado de Saúde em tempos de pandemia. **Poliética**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 78-95, 2021.

OLIVEIRA, Nilton Marques de. **Transição do Norte De Goiás ao Território do Estado do Tocantins**. ISSN: 2317-9430 Revista Tocantinense de Geografia, Araguaína (TO), Ano 07, n.12, p. 53–82, abr./jul de 2018. Disponível em<<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/geografia/article/view/4890>> acesso em 21 abril de 2023.

PALADINO, L; AMARANTE, P. D. C. A dimensão espacial e o lugar social da loucura: por uma cidade aberta. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 27, n.1, p. 7 -16, 2022.

PEREIRA, Alexandre de Araújo. **Saúde Mental**. 2. ed. – Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. P. 80. Outros autores: Paula Cambraia de Mendonça Vianna, Marília Rezende da Silveira. Lourdes Aparecida Machado. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

DE ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO I. Milena Pereira de Souza. Universidade Federal do Tocantins – UFT, Miracema – TO. Estágio pela Diretoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador / Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest Estadual / SES TO) Palmas – TO. p. 15, 2023.

PORTAL SINAN, GOV. **DRT Transtorno Mental**. Publicado em 08 de março de 2016. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/drt-transtorno-mental>> Acesso em: 23 de maio de 2023

REGULAMENTO de estágio obrigatório. Comissão de elaboração do Regulamento. Prof. Dra Célia Maria Grandini Albiero; Profa Dra Giselli de Almeida Tamarozzi Lima; Profa M.S. Maria Helena Cariaga; Profa Vanda Michelli Burginski. Miracema do Tocantins, 2010.

ROSÁRIO, Celita Almeida; BAPTISTA, Tatiana Vargas de Farias; MATTA, Gustavo Corrêa. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde Debate**, v. 44, n. 124, p. 17-31, 2020.

SCHEFFER, Graziela; SILVA, Lahana Gomes. Saúde mental, intersetorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr/jun. 2014.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 31 (5) p: 538 – 42, 1997. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>> acesso em 31 de maio de 2023.

SILVA, A.T.M.C; BARROS, S; OLIVEIRA, M.A.F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev. Esc. Enferm**, USP, 2002. p. 4 - 9.

SILVA, M. A; BANDEIRA, M; Scalon, J. D. QUAGLIA M. A. C. Satisfação dos pacientes com os serviços de saúde mental: a percepção de mudanças como preditora. **J. Bras. Psiquiatr**. v. 61, n. 2, p. 64-71, 2012.

SILVA, Marilene Noronha da. **A prática do Assistente Social no CAPS**. AD da reg. IV Trabalho de Conclusão de curso (graduação) – Faculdade Cearense, Curso de Serviço Social. p.85, CDU 616(813.1). Fortaleza, 2013.

TOCANTINS. Secretária de Estado de saúde, Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução N° 022/2002**, Palmas, 08 de julho de 2002. Marcus Elizeu Marinho de Oliveira.

VIAPIANA, Vitória Nassar; GOMES, Rogério Miranda, ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcante. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde Debate** [online] Rio de Janeiro, V. 42, N. Especial 4, p. 175 – 186, 2018. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S414>> acesso em 04 de outubro de 2022.

VIEGAS, E. R. D. S; SANTANA, C. F. P; ÁVILA, & NODA, C. M. C. (2020). O conceito de política pública e suas ramificações: alguns apontamentos. **Braz J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 43415-43425, jul, 2020. Disponível em <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12662/10647>> acesso em 02 de junho de 2023.

ANEXOS

Anexo 1 - Ficha de Investigação – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

Anexo 2 - Ficha de Investigação – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.
Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

Anexo 3 – Instruções para Preenchimento. Ficha de Investigação – Sinan NET.

Anexo 4 – Instruções para Preenchimento. Ficha de Investigação – Sinan NET

Anexo 5 – Instruções para Preenchimento. Ficha de Investigação – Sinan NET.

Anexo 1 - Ficha de Investigação – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO		Nº	
FICHA DE INVESTIGAÇÃO		TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO			
Definição de caso: Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais utilizando os CID - 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais tem como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação			2 - Individual
	2	Agravado/doença		Código (CID10)	3 Data da Notificação
	TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO		F99		
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)		
6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código	7 Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente			9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante		13 Raça/Cor
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada 5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado
	14 Escolaridade				
	0 - Analfabeto 1 - 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2 - 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3 - 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica				
15	Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)		19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida, ...)		Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP
	28 (DDD) Telefone		29 Zona		30 País (se residente fora do Brasil)
			1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		
	Dados Complementares do Caso				
	Antecedentes Epidemiológicos	31 Ocupação			
32 Situação no Mercado de Trabalho			33 Tempo de Trabalho na Ocupação		
01 - Empregado registrado com carteira assinada 05 - Servidor público celetista 09 - Cooperativado 02 - Empregado não registrado 06 - Aposentado 10 - Trabalhador avulso 03 - Autônomo/ contapropria 07 - Desempregado 11 - Empregador 04 - Servidor público estatutário 08 - Trabalho temporário 99 - Ignorado			1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
Dados da Empresa Contratante					
34 Registro/ CNPJ ou CPF		35 Nome da Empresa ou Empregador			
36 Atividade Econômica (CNAE)		37 UF	38 Município	Código (IBGE)	
39 Distrito		40 Bairro	41 Endereço		
42 Número		43 Ponto de Referência		44 (DDD) Telefone	
45 O Empregador é Empresa Terceirizada					
1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado					

Anexo 2 - Ficha de Investigação – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho

Transtornos mentais	46 Tempo de Exposição ao Agente de Risco 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	47 Regime de Tratamento 1- Hospitalar 2 - Ambulatorial	48 Diagnóstico Específico CID 10	
	49 Hábitos 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogas psicoativas <input type="checkbox"/> Psicofármacos	50 Hábito de Fumar 1- Sim 2- Não 3- Ex-fumante 9- Ignorado	51 Tempo de Exposição ao tabaco 1- Hora 2 - Dia 3- Mês 4 - Ano	
	52 Conduta Geral 1-Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Afastamento da situação de desgaste mental <input type="checkbox"/> Adoção de mudança na organização do trabalho <input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outros			
Conclusão	53 Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho? 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado		54 O paciente foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos mentais? 1-Sim 2 - Não 9- Ignorado	
	55 Evolução do Caso 1- Cura 2- Cura não confirmada 3- Incapacidade Temporária 4- Incapacidade Permanente Parcial 5- Incapacidade Permanente Total 6- Óbito por doença relacionada ao trabalho 7- Óbito por Outra Causa 8- Outro 9- Ignorado			
	56 Se Óbito, Data	57 Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho 1-Sim 2 - Não 3- Não se aplica 9- Ignorado		
Informações complementares e observações				
<div style="text-align: center; font-size: 48px; opacity: 0.3; pointer-events: none;">WPS OFFICE</div>				
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura	
Doença Relacionada ao Trabalho/ transtornos mentais relacionados ao trabalho		Sinan NET	SVS 21/06/2019	

Anexo 3 – Instruções para Preenchimento. Ficha de Investigação – Sinan NET.

**DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO – TRANSTORNO MENTAL
RELACIONADO AO TRABALHO
INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO
FICHA DE INVESTIGAÇÃO – Sinan NET**

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO é aquele cuja ausência de dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sinan.
CAMPO ESSENCIAL é aquele que, apesar de não ser obrigatório, registra dado necessário à investigação do caso ou ao cálculo de indicador epidemiológico ou operacional.

- N.º - Anotar o número da notificação atribuído pela unidade de saúde para identificação do caso. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
1. Este campo identifica o tipo de notificação, informação necessária à digitação. Não é necessário preenchê-lo.
 2. Nome do agravo/doença ou código correspondente estabelecido pelo SINAN (CID 10) que está sendo notificado. **CAMPO CHAVE.**
 3. Anotar a data da notificação; data de preenchimento da ficha de notificação. **CAMPO CHAVE.**
 4. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 5. Preencher com o nome completo do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) onde está localizada a unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO CHAVE.**
 6. Preencher com o nome completo (ou código correspondente ao Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES) da unidade de saúde (ou outra fonte notificadora) que realizou a notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 7. Anotar a data do diagnóstico ou da evidência laboratorial e/ou clínica da doença de acordo com a definição de caso vigente no momento da notificação. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 8. Preencher com o nome completo do paciente (sem abreviações). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 9. Preencher com a data de nascimento do paciente (dia/mês/ano) de forma completa. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 10. Anotar a idade do paciente somente se a data de nascimento for desconhecida (Ex. 20 dias = 20 D; 3 meses = 3 M; 26 anos = 26 A). Se o paciente não souber informar sua idade, anotar a idade aparente.
OBS: Se a data de nascimento não for preenchida, a idade será **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 11. Informar o sexo do paciente (M= masculino, F= feminino e I= ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
 12. Preencher com a idade gestacional da paciente, quando gestante. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando sexo F = feminino (1= 1º Trimestre, 2= 2º Trimestre, 3= 3º Trimestre, 4= Idade gestacional ignorada, 5= Não, 6= Não se aplica, 9= Ignorado).
 13. Preencher com o código correspondente à cor ou raça declarada pela pessoa: (1= Branca, 2= Preta, 3= Amarela (compreendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de raça amarela), 4= Parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça), 5= indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia). **CAMPO ESSENCIAL.**
 14. Preencher com a série e grau que a pessoa está frequentando ou frequentou considerando a última série concluída com aprovação ou grau de instrução do paciente por ocasião da notificação. (0=Analfabeto; 1= 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau), 2= 4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau), 3= 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau), 4= Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau), 5= Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau), 6= Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau), 7= Educação superior incompleta, 8= Educação superior completa, 9=Ignorado ou 10= Não se aplica). **CAMPO ESSENCIAL.**
 15. Preencher com o número do CARTÃO ÚNICO do Sistema Único de Saúde – SUS.
 16. Preencher com o nome completo da mãe do paciente (sem abreviações). **CAMPO ESSENCIAL.**
 17. Preencher com a sigla da Unidade Federada (UF) de residência do paciente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando residente no Brasil.

Anexo 4 – Instruções para Preenchimento. Ficha de Investigação – Sinan NET

18. Anotar o nome do município (ou código correspondente segundo cadastro do IBGE) da residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO** quando UF for digitada.
19. Anotar o nome do distrito de residência do paciente. **CAMPO ESSENCIAL.**
20. Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
21. Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia. **CAMPO ESSENCIAL.**
22. Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
23. Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc). **CAMPO ESSENCIAL.**
24. Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município esteja usando o Geocampo1 para informar a **quadra ou número**, nele deve ser informado o número da **quadra ou número**).
25. Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.
26. Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João) **CAMPO ESSENCIAL.**
27. Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
28. Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. **CAMPO ESSENCIAL.**
29. Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana). **CAMPO ESSENCIAL.**
30. Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
31. Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente. **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.**
32. Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
33. Anotar o tempo de trabalho na ocupação. **CAMPO ESSENCIAL.**
34. Anotar o número de registro da empresa contratante - Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física- CPF. **CAMPO ESSENCIAL.**
35. Anotar a razão social (nome) da empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
36. Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
37. Anotar a unidade federada, o estado onde esta localizada a empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
38. Anotar o município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
39. Anotar o distrito do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
40. Anotar o bairro do município onde esta localizada a empresa contratante. **CAMPO ESSENCIAL.**
41. Anotar o endereço da empresa, rua, avenida... **CAMPO ESSENCIAL.**
42. Anotar o número das instalações da empresa. **CAMPO ESSENCIAL.**
43. Anotar um ponto de referência para localização da empresa.
44. Anotar o telefone da empresa.
45. Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
46. Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador do transtorno mental. **CAMPO ESSENCIAL.**
47. Identifique se o regime de tratamento foi hospitalar ou ambulatorial. **CAMPO ESSENCIAL.**
48. Anote o diagnóstico específico, conforme a CID. **CAMPO ESSENCIAL.**
49. Identifique quais os hábitos que o paciente tem, conforme as opções. **CAMPO ESSENCIAL.**
50. Identifique se o paciente tem hábito de fumar. **CAMPO ESSENCIAL.**
51. Se fumante, há quantos anos fuma ou fumou. **CAMPO ESSENCIAL.**
52. Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
53. Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**

Anexo 5 – Instruções para Preenchimento. Ficha de Investigação – Sinan NET.

54. Identificar se o trabalhador foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos mentais (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado). **CAMPO ESSENCIAL.**
55. Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas. **CAMPO ESSENCIAL.**
56. Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu. **CAMPO ESSENCIAL.**
57. Identifique se foi emitida a Comunicação de acidente do Trabalho para o INSS (1= Sim, 2= Não 3= Não se aplica ou 9= Ignorado). **CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO.**

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante.

Identifique o município e a U.S - Unidade de Saúde que realizou esta investigação

Anote o código da U.S.

Identifique o nome de quem realizou esta investigação.

Identifique a função de quem realizou esta investigação.

O investigador deve assinar esta investigação.

WPS Office