

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ABORDAGEM DA DOENÇA MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO:
DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

FERNANDA TELMA CORREA

BRUMADINHO - MINAS GERAIS

2012

FERNANDA TELMA CORREA

**ABORDAGEM DA DOENÇA MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO:
DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Thais Lacerda e Silva.

BRUMADINHO - MINAS GERAIS

2012

FERNANDA TELMA CORREA

**ABORDAGEM DA DOENÇA MENTAL RELACIONADA AO TRABALHO:
DESAFIOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Thais Lacerda e Silva.

Banca Examinadora

Profa. Thaís Lacerda e Silva – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: ___/___/___.

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida e por ser sempre nosso guia em todos os momentos.

À minha família pela educação que me proporcionou e por estar ao meu lado nessa caminhada, auxiliando nos momentos difíceis e comemorando cada conquista.

À minha orientadora, Profa. Thais Lacerda e Silva que com muito carinho tornou possível a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de classe que por meio das trocas de experiências agregaram muitos conhecimentos ao trabalho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta construção.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo identificar as dificuldades e desafios que se apresentam no trabalho da enfermagem em saúde mental, no contexto do trabalhar portador de doença mental relacionada ao trabalho. Os princípios do SUS pressupõe um novo desenho de objeto e instrumentos de trabalho, que são ainda pouco visíveis na prática dos enfermeiros no atendimento destes pacientes. O artigo discorre sobre algumas das principais abordagens no âmbito da saúde/doença mental e trabalho, os princípios do SUS e as principais ações realizadas diante da criação de projetos para facilitar o atendimento do paciente no processo de adoecimento mental. Ao final é apresentando alguns estudos sobre as dificuldades encontradas pelos profissionais da enfermagem no atendimento a esta demanda.

Descritores: Saúde Mental. Saúde do Trabalhador. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to identify the difficulties and challenges facing the work of mental health nursing, working in the context of mental health patients in work-related. The principles of the NHS requires a new design object and tools, which are still barely visible in the practice of nurses in the care of these patients. The article discusses some of the main approaches in the health / mental illness and work, the principles of the NHS and the main actions taken before the creation of projects to improve patient care in the process of mental illness. It concludes by presenting some studies on the problems encountered by nursing staff in meeting this demand.

Keywords: Mental Health. Occupational Health. Primary Health Care.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| 1. | INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 2. | OBJETIVO | 10 |
| 3. | REFERENCIAL TEÓRICO | 11 |
| 3.1 | Saúde Mental e Trabalho..... | 11 |
| 3.2 | O Sistema Único de Saúde e a Saúde Mental Relacionada ao Trabalho | 13 |
| 3.3 | A Atuação das Equipes de APS na Saúde Mental | 16 |
| 4. | METODOLOGIA..... | 19 |
| 5. | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 20 |
| 6. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 26 |
| | REFERÊNCIAS | 27 |

1 INTRODUÇÃO

No desenvolvimento do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, a realização dos módulos “Saúde do Trabalhador e Saúde Mental” despertou em mim o interesse em estudar e compreender melhor a doença mental relacionada ao trabalho, um dos grandes desafios a ser enfrentado nas práticas das equipes de Saúde da Família, inclusive na unidade em que eu trabalho.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem como objetivos a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde, a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social a atenção à saúde da população, por intermédio de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). Assim, *“tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma saúde como direito de todos e dever de estado, previsto na constituição federal de 1988”* (BRASIL, 2004 p.13).

A organização do SUS pauta-se pelos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde, da integralidade das ações, da equidade, devendo atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças, a descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; o controle social exercido pelos conselhos municipais, estaduais e nacional de saúde, com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (BRASIL, 2004).

Apesar dos grandes avanços do SUS nos últimos anos, é importante ressaltar que existe ainda uma grande dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Verifica-se que o modelo de atenção à saúde ainda é pautado em ações curativas, centrado no cuidado médico, mostrando-se insuficiente para atender a diversidade de demandas e problemas de saúde atuais. Entender e superar estes desafios requer forte atuação e decisão por parte dos gestores do SUS, envolvendo aspectos técnicos, éticos, culturais e no

cumprimento do pacto político existente nas instâncias de gestão do sistema. (BRASIL, 2010).

Com vistas a superar alguns destes desafios, em 2006, foi criado o Pacto Pela Saúde. Trata-se de um acordo firmado entre os gestores do SUS, com o papel de aprofundar o processo de regionalização e organização do sistema de saúde sob a forma de rede. O Pacto possui três dimensões: a) o Pacto pela Vida, que reflete um compromisso com as prioridades que apresentam impacto sobre a situação da população brasileira; b) o Pacto em defesa do SUS, um compromisso com a consolidação dos fundamentos políticos e princípios constitucionais do SUS e c) o Pacto de Gestão, compromisso com os princípios e diretrizes para a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação em saúde (BRASIL, 2006).

Em 2010, a Portaria 4.279/2010, estabeleceu novas diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS. O principal objetivo da RAS é *ampliar o trabalho da clínica, visando compreender os problemas de saúde, entendendo as situações dos pacientes e os problemas ou condições de saúde em que estão sujeitos* (BRASIL, 2010, p.10).

Os pontos de atenção à saúde que integram a RAS são: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Destaca-se que os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde, como por exemplo: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, entre outros.

No modelo de atenção à saúde, prescrito pela Portaria 4279/2010, a Atenção Primária em Saúde (APS) é considerada ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado (BRASIL, 2010). É neste contexto que este trabalho propõe trazer elementos para discussão sobre o papel da APS na intervenção do processo saúde/doença dos trabalhadores, em especial, do sofrimento e transtornos mentais

relacionados ao trabalho. Sabe-se que, conforme explicitado na Lei Orgânica da Saúde de 1990, o trabalho é um dos fatores determinantes e condicionantes da saúde. Assim, os profissionais de saúde devem compreender como se dá as relações trabalho/saúde/doença com vistas a garantir a atenção integral à saúde dos trabalhadores, por meio de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, e reabilitação. No âmbito da Saúde do Trabalhador um dos temas que tem sido fonte de frequentes debates e preocupações se refere a relação entre Trabalho e Saúde Mental.

Jacques (2003) destaca que os vínculos entre o trabalho e o adoecimento psíquico vêm ganhando visibilidade crescente, podendo ser observado de modo geral a partir do elevado número de casos de depressão, suicídio e de transtornos mentais entre os trabalhadores. De acordo com dados estatísticos do Ministério da Saúde e Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), no Brasil os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefícios previdenciários, sendo que os chamados transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves cerca de 5 a 10%.

Com base no exposto, este estudo busca conhecer aspectos da relação Saúde Mental e Trabalho e os desafios impostos aos profissionais da Atenção Primária, no desenvolvimento de ações direcionadas aos trabalhadores com transtornos mentais/sofrimento psíquico.

2. OBJETIVO

Identificar na literatura científica as principais dificuldades das equipes da Atenção Básica, com ênfase no profissional enfermeiro, para o cuidado aos pacientes em situação de sofrimento e/ou transtornos mentais relacionados ao trabalho.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde Mental e Trabalho

A Saúde Mental e Trabalho pode ser considerada uma subárea do campo da Saúde do Trabalhador que possui como pressupostos básicos o trabalho na determinação do processo saúde/doença; o reconhecimento do saber-fazer dos trabalhadores, incluindo sua participação no processo de produção de conhecimentos e para a transformação dos processos de trabalho e a valorização de sua subjetividade (MOULIN; MORAES, 2010).

A influência das características atuais do trabalho sobre a saúde mental dos trabalhadores pode decorrer de inúmeros fatores e situações, entre os quais estão: a exposição a altos níveis de ruído, as formas de organização e gestão do trabalho que não consideram os limites físicos e psíquicos dos trabalhadores, as situações de violência, entre vários outros (SELIGMANN-SILVA, *et.al.*, 2010).

Embora possam ser observados avanços no campo da Saúde Mental e Trabalho, expressos, por exemplo, no aumento da produção acadêmica sobre o tema e no reconhecimento de diversos agravos à saúde mental relacionada ao trabalho pela Previdência Social, prevalecem dificuldades importantes, entre elas, estabelecimento da relação entre problemas psíquicos e o trabalho (MOULIN; MORAES, 2010).

O trabalho pode ser fonte de sofrimento mental ou de realização e conquista pessoal. Na atualidade, observa-se que o trabalho não tem sido lugar de trocas afetivas, o que tem facilitado o adoecimento do trabalhador.

“O trabalho é o modo de ser do homem, e como tal permeia todos os níveis de sua atividade, seus afetos, sua consciência, o que permite que os sintomas se escondam em todos os lugares: quem garante que o chute no cachorro ao retornar para casa não se deve a razões de ordem profissional?” (Codo, 2006, P. 26.)

Outra dificuldade em se trabalhar o lado afetivo e humano das pessoas em ambientes de trabalho é o estabelecimento de relações competitivas entre os colegas, contribuindo cada vez mais para o reforço do individualismo e desencadeando, muitas vezes, a adoção pelos trabalhadores de atitudes extremas para se manter no emprego. Nesta mesma linha, Jacques (2007) ressalta que nos últimos anos, muitas ferramentas de gestão estiveram na base de uma transformação radical da maneira como trabalhamos: a avaliação individual do desempenho, a exigência de “qualidade total” e o *outsourcing* [terceirização].

Quanto ao adoecimento dos trabalhadores, podem ser observadas as seguintes formas: a) doenças comuns sem qualquer relação com o trabalho; b) doenças comuns modificadas no aumento da frequência ou na precocidade de manifestação em decorrência do trabalho; c) doenças comuns nas quais se somam ou se multiplicam condições provocadoras ou desencadeadoras em decorrência do trabalho e d) os agravos específicos tipificados pelos acidentes de trabalho e doenças profissionais (JACQUES, 2007).

As doenças relacionadas ao trabalho se distribuem entre os grupos I, II e III, de acordo com a classificação de Schilling, adotada no Brasil. No primeiro grupo, em que o trabalho aparece como causa necessária, estão as doenças legalmente reconhecidas. No grupo II, o trabalho aparece como fator contributivo, mas não necessário e, no grupo III, o trabalho é considerado um provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida (BRASIL, 2001). Nos grupos II e III estão aquelas doenças não definidas a priori como resultantes do trabalho, mas que podem ser causadas por este. Nesses casos impõe-se a necessidade de laudo técnico que estabeleça os nexos causais.

Os transtornos mentais e do comportamento, estão, em geral, classificados nos grupos II ou III, exceto aquelas causadas por substâncias tóxicas ou por fatores bem específicos como traumas físicos, por exemplo. Incluem-se neste caso (grupo I), quando excluídas causas não ocupacionais: demência, delírium, transtorno cognitivo leve, transtorno mental orgânico, episódios depressivos em trabalhadores expostos a substâncias químicas neurotóxicas e síndrome de fadiga relacionada ao trabalho. Também são classificados no grupo I: o estado de estresse pós-traumático e o

transtorno do ciclo vigília-sono devido a fatores não orgânicos em trabalhadores que exercem suas atividades em turnos alternados e/ou trabalho noturno (BRASIL, 2001).

Ainda fazem parte da lista de transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho, de acordo com a Portaria 1339/99: o alcoolismo crônico relacionado ao trabalho, o grupo classificado como outros transtornos neuróticos e a síndrome de *burnout* ou síndrome do esgotamento profissional (classificados ou nos grupo II ou no grupo III). Evidências epidemiológicas de excesso de prevalência em determinados grupos ocupacionais justificam a classificação no grupo II. Episódios depressivos e síndrome de fadiga relacionada ao trabalho quando não associadas à exposição a algumas substâncias químicas podem ser classificadas nos grupos II ou III (JACQUES, 2007).

3.2 O SUS e a saúde mental relacionada ao trabalho

O SUS deve se organizar por meio de Redes de Atenção à Saúde, conforme prescrito pela Portaria/GM nº 4279/2010. No modelo de Redes de Atenção, a APS deve se estruturar como porta de entrada preferencial do usuário no SUS e deve ser constituída de equipe multidisciplinar capaz de oferecer cobertura a toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde.

Uma das principais estratégias para organização da APS é a Saúde da Família. Criado em 1994, enquanto programa, tinha como principal finalidade a estruturação dos serviços de saúde, a partir de diagnóstico territorial e desenvolvimento de ações com base nas necessidades de saúde da população.

Nas palavras de Rosa e Labarte (2003, p.1)

o programa de saúde da família assumiu um compromisso de realizar um trabalho de assistência universal, natural e igualitária para a população, podendo ser na unidade de saúde ou no domicílio.

Segundo Conill (2002), na visão dos coordenadores estaduais e secretários municipais, as principais limitações encontradas para que a estratégia de Saúde da Família seja eficaz são: formação inadequada dos profissionais, número insuficiente de médicos, falta de recursos financeiros e de entendimento por parte dos gestores.

As doenças mentais tem sido uma demanda crescente para os serviços de saúde são, observada, por exemplo, no estudo desenvolvido por Rosa e Labate (2003).

De acordo com Neto (2008) verifica-se que a Reforma Psiquiátrica tem como pressupostos básicos a desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos e a consolidação de bases territoriais de cuidado em saúde mental, sendo a APS responsável por resolver grande parte dos problemas em saúde mental, sem necessidade de encaminhamentos aos serviços especializados do SUS. De acordo com Neto (2008), verifica-se que entre os anos de 1970 e 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a magnitude dos problemas de saúde mental e admitiu a impossibilidade do seu cuidado ficar a cargo exclusivo de especialistas, preconizando a descentralização das ações, a integração dos serviços especializados com unidades de cuidados gerais, a formação de cuidadores não especializados e o aumento da participação da comunidade.

Neto (2008) realizou uma análise da trajetória do histórico da Saúde Mental em Belo Horizonte e pontuou algumas características no que diz respeito à atuação do PSF. De acordo com o autor o programa é a principal estratégia para reorientação do modelo assistencial de atenção à saúde e começou a ser implantado, em Belo Horizonte, em 2002 com o nome de BH – Vida. O propósito do projeto inclui desde ações assistenciais às dimensões relativas à reabilitação/reinserção do usuário no mundo do trabalho, da cultura, da reprodução social ampla. Discute também a importância do atendimento na crise, evento que alimenta o sistema manicomial sem a busca apressada da internação. Finalmente, indica o trabalho em equipe como instrumento para superação do paradigma médico.

Neste sentido, Dimenstein *et al.* (2009) destacam que a saúde mental constitui um campo de intervenção prioritário para as equipes de Saúde da Família, devido a diversos fatores, tais como: a potencialidade de no espaço social onde a comunidade vive e circula; de estabelecer vínculos e corresponsabilidade com a população; desenvolver ações em uma perspectiva ampliada de saúde e considerando o contexto familiar e cultural e intervir sobre fatores de risco aos quais a comunidade está exposta – sendo os transtornos mentais um dos mais evidentes.

A partir do exposto, é possível observar que a Saúde da Família constitui em estratégia essencial para incorporar as questões de Saúde Mental, devendo suas equipes engajarem no atendimento às demandas da comunidade, criando novas práticas para melhoria das condições de vida da população. Entretanto, muitas são as dificuldades a serem enfrentadas de forma a se contribuir para o desenvolvimento da atenção integral à saúde dessas pessoas, inclusive para o cuidado aos usuários com sofrimento psíquico ou transtorno mental relacionado ao trabalho. Nas palavras de Bernardo; Garnin (2010, p.04): *“ainda existem muitos obstáculos que devem e podem ser superados para a atenção adequada à saúde mental relacionada ao trabalho no âmbito do SUS”*.

Compreendendo a importância da APS nesse processo e reconhecendo a necessidade de desenvolver estratégias institucionais para apoiar estas ações, foi proposto o Apoio Matricial em Saúde Mental. O objetivo principal da estratégia é promover uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as Unidades Básicas de Saúde (DIMENSTEIN *et al.*, 2009) .

A Lei Federal nº 10.216 dispõe sobre a implantação e implementação de dispositivos assistenciais específicos, principalmente Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que privilegiem a autonomia e a reinserção social daqueles que vivem com sofrimento mental. Os profissionais que atuam nos CAPS são importantes matriciadores das ações de saúde mental na APS.

No âmbito da Saúde do Trabalhador, a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) também dispõe de serviços de apoio às equipes de APS

para o cuidado aos usuários trabalhadores, sendo estes denominados de Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) (BRASIL, 2009). É interessante destacar a necessidade de articulação das redes temáticas, Saúde Mental e Saúde do Trabalhador de forma a potencializar o cuidado aos usuários trabalhadores com transtornos mentais e em situações de sofrimento no trabalho.

3.3. A Atuação das Equipes de APS na saúde mental relacionada ao trabalho

De acordo com Glina (2001), a psicodinâmica do trabalho enfatiza que o trabalho ocupa um papel central na vida das pessoas, sendo as atividades exercidas pelos profissionais um dos fatores que podem favorecer a saúde ou a doença. As exigências do trabalho podem “desestabilizar” a saúde mental, por meio da divisão das tarefas, do modo operatório, por características da gestão e organização do trabalho.

Jacques (2007) destaca que os vínculos entre o trabalho e o adoecimento psíquico vêm ganhando visibilidade crescente, ou seja por meio do número elevado de casos de depressão, suicídio e de transtornos mentais entre os trabalhadores. Além disso, de acordo com dados estatísticos do Ministério da Saúde e do INSS no Brasil os transtornos mentais ocupam a 3ª posição entre as causas de concessão de benefícios previdenciários, sendo que os chamados transtornos mentais menores acometem cerca de 30% dos trabalhadores ocupados e os transtornos mentais graves cerca de 5 a 10%.

De acordo com Heloani e Capitão (2003) sabe-se que atualmente tanto o trabalho, quanto a diversão em proporções satisfatórias são critérios para avaliar um funcionamento psíquico saudável. Atualmente para a maior parte das atividades, exige-se um trabalhador complexo, que tenha habilidades, que seja ágil, que saiba lidar com uma nova representação do mundo, mesmo que seja para um simples de cargo de atender telefonemas.

Observa-se ainda uma grande pressão contra os trabalhadores, que faz com que milhares de pessoas sintam-se sobressaltadas com o receio de perder o emprego. Assim, é possível observar que o trabalho apresenta pelo menos dois aspectos, o de

auxiliar o homem em sua qualidade de vida e na construção de subjetividades e o provocador de adoecimento e até mesmo a morte.

O campo da Saúde Mental é marcado por polêmicas em torno do adoecimento mental e principalmente das causas relacionadas à questão dos transtornos mentais detectados no contexto de trabalho. Segundo Heloani e Capitão (2003) o trabalho não “cria” doenças mentais específicas. Os surtos psicóticos e a formação das neuroses dependem da estrutura da personalidade que a pessoa desenvolve desde o início da sua vida, chegando a certa configuração relativamente estável, após o período de ebulição da adolescência.

Existem muitos obstáculos para a atenção adequada à saúde mental relacionada ao trabalho no âmbito do SUS. Tendo como objeto de estudo e discussão a interface das áreas Saúde Mental e Saúde do Trabalhador Bernardo e Garbin (2011) elencam alguns destes obstáculos, os quais serão sintetizados neste texto. O primeiro se refere ao gerenciamento dos serviços e das áreas programáticas, pois tanto a Saúde Mental quanto a Saúde do Trabalhador tiveram coordenações distintas em todos os níveis do SUS (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, especialmente de municípios de grande porte) e ambas apartadas da gestão da Atenção Básica. Além disso, enquanto a área de Saúde Mental concentrou seus esforços na consolidação e implantação dos CAPS, a Saúde do Trabalhador centralizou esforços na estruturação da rede de CERESTs e ainda busca conquistar o reconhecimento da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença. A falta de integração entre estes dois serviços também constitui uma dificuldades.

Outra questão destacada pelos autores se refere à complexidade destas duas áreas, ambas com um forte componente social e que demandam equipes multiprofissionais para o enfrentamento adequado dos problemas. Reiteram ainda que este fato somado à carência de profissionais na área de saúde pública, à diversidade dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços do SUS e à formação dos profissionais centrada no modelo biológico, não favorecem a atenção aos problemas de saúde mental e saúde do trabalhador no âmbito da Atenção Básica (BERNARDO; GARBIN, 2011).

Por fim, os autores ainda destacam que “a população leiga, de uma forma geral, também não identifica a saúde mental relacionada ao trabalho como um problema a ser enfrentado pela saúde pública” (BERNARDO; GARBIN, 2011).

4. METODOLOGIA

A pesquisa apresenta-se como forma de investigação que tem como finalidade buscar respostas às indagações da sociedade por meio de procedimentos científicos. Para Fachin (2001), o conhecimento científico se prende aos fatos e, geralmente, exige constante confrontação com a realidade como ferramenta para adquirir conhecimento.

A pesquisa de cunho bibliográfico compreende a consulta de livros, revistas, periódicos, entre outras fontes. Os periódicos servem como meio de atualização, uma vez que são publicados mais rapidamente que os livros.

Foi realizada busca bibliográfica de literatura científica nas bases de dados eletrônicas: do Centro Latino-americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Utilizaram-se os descritores: Saúde Mental, Saúde do Trabalhador e Atenção Básica à Saúde.

Para a seleção das publicações foram considerados os seguintes critérios: ter sido publicado no período de 2000 a 2012, na língua portuguesa que aborde o tema dos transtornos mentais relacionados ao trabalho.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a busca na literatura, foi sistematizado um quadro apresentando os estudos selecionados e que podem contribuir para a compreensão e discussão sobre os desafios da incorporação de práticas da saúde mental relacionada ao trabalho, no âmbito da APS, em especial, pelo profissional enfermeiro, enfatizado neste estudo. O quadro está apresentado no apêndice. Assim, este item apresenta de forma sintética os principais achados na busca bibliográfica.

Mielke *et al.* (2009), desenvolveram uma pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) do estado Rio Grande do Sul, com 22 profissionais de nível médio e superior, sendo médicos, enfermeiros, psicólogos, artistas plásticos, músico, professor de educação física, cozinheiro, auxiliar de serviços gerais e auxiliar administrativo, com o objetivo de compreender os conceitos que os profissionais do serviço de saúde possuem em relação ao cuidado em saúde mental. Destaca-se que os profissionais do CAPS realizam um trabalho de inserção dos pacientes de sofrimento psíquico no meio social, através de eventos, festas comunitárias, feiras com produtos confeccionados, etc.

De acordo com os autores, a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, destina-se ao atendimento de várias necessidades, como por exemplo, centros de atenção psicossocial, serviços residenciais terapêuticos, ambulatórios de saúde mental, hospitais-dia, leitos/unidades em hospitais gerais, serviços de urgência/emergência psiquiátrica, geração de renda e trabalho, centros de convivência, pensão protegida, entre outros. Destacam ainda que o processo de reabilitação psicossocial deve utilizar recursos de valorização das potencialidades e capacidades dos indivíduos que possuem algum tipo de sofrimento psíquico, além de contar com a participação de pessoas envolvidas no contexto de vida do paciente.

Os resultados do estudo demonstraram que a autonomia dos usuários é prejudicada, muitas vezes, por atitudes paternalistas e excesso de cuidado, que se contrapõem às atividades de reinserção social, motivadas pelo CAPS estudado. Mielke *et al.* (2009) atribuem a este achado, a formação tradicional dos profissionais de saúde, voltada para aspectos técnicos e científicos, tendo como referência o

diagnóstico, o cuidado, o tratamento, o prognóstico, a etiologia e profilaxia de doenças e agravos, descolados muitas vezes do reconhecimento das necessidades de saúde das pessoas e populações. A atenção em saúde mental, de acordo com os princípios da reabilitação psicossocial, exige dos profissionais novas habilidades e competências que não são encontradas no cotidiano da formação em saúde, ou que estão inseridas de forma aleatória, pontual e precária nos currículos.

Em que pese a diversidade de concepções sobre saúde mental, o trabalho em equipe na atenção psicossocial é destacado como sendo de grande importância, principalmente pela possibilidade de desenvolver ações de cuidado que vão além da concepção biológica e considera as relações sociais, aspectos emocionais, afetivos e biológicos.

Amarante *et al.* (2011), desenvolveram um estudo sobre as estratégias do enfermeiro para o cuidado em saúde mental no Programa Saúde da Família em um município do estado do Rio de Janeiro e evidenciaram que esses profissionais lidam em sua rotina de trabalho, com diversos casos de Saúde Mental, entre eles, foram destacados: síndrome do pânico, descontroles mentais, mania, estresse emocional, depressão, etc. Embora presente em suas práticas, destacaram que não possuem conhecimentos teóricos e práticos para lidar com esses casos. Os autores também demonstraram a ênfase de práticas biologicistas, ampliando a dificuldade no atendimento de usuários em sofrimento psíquico, no âmbito da estratégia Saúde da Família, pois não acreditam na autonomia do paciente na recuperação e na importância do apoio da família neste processo. Estas questões mostram-se contrárias aos princípios do SUS e das filosofias da ESF, entretanto verifica-se falta preparação técnica e prática desses profissionais para lidar com esta modalidade de atendimento específico.

Amarante *et al.* (2011) evidenciam que o enfermeiro da família precisa buscar conhecimentos para complemento da formação profissional e que deve valorizar ações de trabalho que propiciem a multidisciplinaridade e a atuação da família no tratamento do paciente.

Outro estudo desenvolvido com 8 equipes de Saúde da Família, na cidade de Cuiabá também evidenciou que os profissionais atendiam usuários com transtornos psíquicos, embora as ações desenvolvidas se restringiam muitas vezes, à dispensação de medicamentos (LUCCHESE *et al.*, 2009). Os autores informam que no ano de 2004 foi realizada para estas equipes uma capacitação dos profissionais de saúde com o objetivo destes profissionais atenderem as pessoas portadoras de transtorno mental incorporando a atenção psicossocial na atenção à saúde da família.

De acordo com Lucchese *et al.* (2009), é possível observar que a maioria dos relatos dos profissionais entrevistados expressam medo e receio no atendimento aos usuários com algum tipo de sofrimento mental, sendo possível verificar também a dificuldade no estabelecimento de diálogo, na compreensão do sofrimento, na interação com o paciente, entre outras questões.

De acordo com Lucchese *et al.* (2009) observa-se que os profissionais das equipes de saúde da família acabam transformando o trabalho realizado por eles em um processo de encaminhamento do indivíduo em situação de surto, para o local reconhecido socialmente como capaz de lidar com esta situação. Desta forma, a meta e os objetivos esperados das equipes multiprofissionais de caráter transdisciplinar está longe de ser alcançada. Além disso, as equipes de saúde da família não dialogam com as equipes de referência especializada.

Os profissionais descrevem ainda que as relações são fragmentadas e os encaminhamentos são muitos, evidenciando uma desarticulação de ações. Os autores ainda questionam a organização e preparo dos serviços de saúde para o acolhimento das demandas de saúde mental de forma adequada e em consonância com os princípios do SUS (LUCCHESE *et al.*, 2009).

No estudo de Rosa; Labarte (2003), desenvolvida com equipe de enfermagem que atua no PSF com o objetivo de conhecer a percepção dos enfermeiros sobre suas atribuições na estratégia e identificar as dificuldades encontradas no desempenho de atividades relacionadas à saúde mental também demonstrou, entre outras questões dificultadoras, a falta de qualificação e treinamento para trabalhar

especificamente com os pacientes portadores de doenças mentais e com as famílias destes pacientes; a falta de interação dos profissionais da enfermagem com os demais profissionais que integram a equipe do PSF e a escassez de infraestrutura para o adequado desempenho profissional nessas comunidades.

Além disso, pelo fato de o PSF ser uma estratégia nova e ainda em expansão, algumas enfermeiras relataram que muitas vezes se sentiam “perdidas” em seu contexto de trabalho. A importância de um conhecimento aprofundado na área de Enfermagem Psiquiátrica é apontada nos relatos das enfermeiras como imprescindível para atuar no PSF, uma vez que nas comunidades encontram-se muitos casos de pacientes que necessitam de uma atenção especial.

De acordo com Rosa; Labarte (2003) a Saúde Mental no PSF é uma temática bastante complexa e pouco desenvolvida pelas enfermeiras junto às famílias, devido à falta de treinamento e/ou conhecimento específico sobre o assunto. Os relatos das entrevistadas apontam, também, para a necessidade de inclusão de uma equipe composta por diferentes profissionais no sentido de melhorar o atendimento ao doente mental, contribuindo, dessa forma, para a (re) inserção desse paciente no âmbito familiar.

Lancman *et al.* (2006) desenvolveram uma pesquisa nos municípios do estado de São Paulo e Pirituba de março à novembro de 2005. A pesquisa foi realizada com um grupo compreendido por gestores das unidades do PSF, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos, a partir de encontros, sendo que cada encontro tinha duração de quatro horas e frequência semanal. Lancman *et al.*, (2006) discutem a proposta da atenção em saúde na atenção primária, ou seja, deverá ser um trabalho focado na família com a participação da mesma no atendimento do paciente, visando a qualidade de vida e na intervenção de fatores de colocam a mesma em risco, atingindo na prevenção de doenças. As diretrizes do PSF focam na atenção centrada na família com ênfase em ações integradas e mais humanizadas. Entretanto, para que este processo de trabalho seja eficaz, se faz necessária uma mudança no processo de trabalho na área da saúde, principalmente na relação entre trabalhador-paciente.

Na pesquisa de Lancman *et al.* (2006) verifica-se que os profissionais queixam-se de uma falta de preparação anterior para que utilizem as ferramentas necessárias para o enfrentamento das questões relacionadas à saúde mental. Foi relatado durante a pesquisa certa dificuldade de acompanhar as demandas da população frente a implantação do PSF, pois o sistema foi construído ao mesmo tempo de sua implantação. Desta forma, muitos profissionais queixam-se da falta de treinamento e suporte para lidar com as demandas da saúde relacionada ao trabalho.

Nessa mesma perspectiva de aprendizagem contínua, os profissionais acreditam que seria importante ter algum tipo de suporte, uma espécie de supervisão profissional, para ajudá-los a lidar com a complexidade das situações que vivenciam. Mesmo que no âmbito das equipes haja competências e experiências diferentes, seria necessário obter um apoio mais significativo para questões mais específicas, como as relações que constroem com o usuário, algum tipo de tratamento, como construir programas de promoção à saúde e, mesmo, para conseguirem manter um acompanhamento de grupos e de pacientes crônicos, entre outras questões. (Lancman et al., 2006. p.216).

Ainda de acordo com Lancman *et al.*, (2006), esta carência de suporte técnico e prático reflete no dia-a-dia do profissional, nas questões sobre como priorizar um atendimento; de como colocar em prática as orientações recebidas e como desenvolver ações de promoção à saúde em um contexto em que as carências sociais são tão grandes a ponto de comprometer o desenvolvimento de tais ações.

As autoras Dias; Hoefel (2005) evidenciam em seu artigo que as primeiras ações para a inserção da Saúde do Trabalhador no SUS pautaram-se na criação dos CEREST como alternativa para facilitar o diálogo entre o movimento social e para capacitar os profissionais para desenvolver ações e projetos em torno do assunto. De acordo com os autores, nos anos 90 a área técnica de saúde do trabalhador do Ministério da Saúde (COSAT), preocupou-se em desenvolver capacitações técnicas e procedimentos para ações de Vigilância e para a Atenção Básica.

Em 2002, foi criada a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), com o objetivo de reforçar e fortalecer a Saúde do Trabalhador no SUS, sendo que as ações desenvolvidas devem se pautar na vigilância dos ambientes e condições de trabalho, no conhecimento e análise da situação de saúde dos trabalhadores, na promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, entre outras.

Bernardo; Garbin (2011) chamam a atenção para as dificuldades dos serviços de saúde do SUS, para o atendimento adequado aos trabalhadores, entre elas, a estruturação de equipes, formadas basicamente por médicos e profissionais de enfermagem; a formação destes profissionais e também dos psicólogos, muitas vezes, influenciada por vertentes individualizantes e no tratamento medicamentoso e, por conseguinte, o foco em ações assistenciais e não na prevenção do adoecimento ou na promoção de saúde.

Segundo Bernardo; Garbin (2011), verificamos que:

“No caso da saúde mental, o trabalho como causa necessária para o adoecimento mental poderá ser identificado, sobretudo, nos casos de transtornos orgânicos de personalidade, transtornos cognitivos e outros sintomas decorrentes da exposição ocupacional a substâncias químicas tóxicas e a agentes físicos, como, por exemplo, chumbo, manganês e mercúrio. Podemos também incluir aqui os quadros de estresse pós-traumático decorrentes da exposição a um evento ou situação estressante de natureza excepcionalmente ameaçadora, como assaltos ocorridos no local de trabalho, e, ainda, de transtornos do ciclo vigília-sono, decorrentes de regime de revezamento de turnos”. (BERNARDO; GARBIN, 2011, p. 8).

Segundo Bernardo; Garbin (2011), entre as ações da saúde mental voltadas para a área do trabalhador, encontramos em especial a vigilância em ambientes de trabalho, que ocorre na prevenção de acidentes de trabalho e em ações de intervenção na organização do trabalho, sendo esta responsável por muitos problemas de saúde mental relacionados ao trabalho e que são difíceis de serem observados e abordados.

Um dos principais desafios do SUS na atenção em Saúde Mental refere-se à ampliação do “olhar” dos profissionais da saúde, sendo necessário incorporar em suas práticas a compreensão de aspectos sociais que compõem a rede de fatores que auxiliam no desencadeamento do sofrimento e o adoecimento mental, entre os quais está o trabalho.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observa-se a partir deste estudo grande dificuldade dos profissionais da área da saúde, em especial, o enfermeiro, no cuidado dos pacientes com algum tipo de sofrimento mental. Nota-se um despreparo técnico das equipes que compõem os serviços, tais como os CERESTS, PSF, CAPS, para lidar com estas demandas.

Entretanto verifica-se grande investimento do Ministério da Saúde na implementação de dispositivos para garantir a articulação entre as equipes de saúde da Atenção Básica e as equipes de Saúde Mental, no sentido de aperfeiçoar os processos de cuidado das pessoas com transtornos mentais. Entretanto, são estratégias novas que demandam monitoramento e acompanhamento para que os profissionais sejam capacitados da melhor forma possível.

Verifica-se que estes investimentos do Ministério da Saúde estão propiciando ao enfermeiro que complemente suas atribuições como profissional, transformando seu processo de trabalho, capacitando-se e colocando em prática o cuidar terapêutico, utilizando também da comunicação e das práticas multidisciplinares para evoluir em suas ações no trabalho.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, A.L. et al. As Estratégias dos Enfermeiros para o cuidado em Saúde Mental no programa Saúde da Família. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. V. Jan-Mar. p. 85-93, 2011.

BERNARDO, M.H.; G. A.C. A atenção à saúde mental relacionada ao trabalho no SUS: desafios e possibilidades. São Paulo: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. Vol.36, nº.123, jan./jun. 2011.

BERNARDO, M.H.; SATO, L. Saúde Mental e Trabalho: os problemas que persistem. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n.4, p.869-878, 2005.

BRASIL. Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 - 2011. Disponível em:

http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669_versao_impressao.pdf.

Acesso em: 08 maio, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf. Acesso em: 10 jun.2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: MS. 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf. Acesso em: 10 jun.2012.

BRASIL. Portaria 2728 de 11 de novembro de 2009. **Dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e dá outras providências**. Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_renast_2728.pdf. Acesso em: 18/06/2012.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Acesso em: 10 jun.2012.

BRASIL. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/107038-4279.html>.

Acesso em: 10 jun.2012.

BRASL. Lei nº 10.216. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 20 de Junho de 2012.

DIMENSTEIN, M.; *et al.* Apoio Matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde. **Revista Saúde Soc.** São Paulo, v.18, n.1, p.63-74, 2009.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E.; BATISTA, M.L.; MENDONÇA, M.G.V. Saúde Mental e Trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. **Caderno de Saúde Pública**, v.17. nº 13. 2001.

HELOANI, J.R.; CAPITÃO, C.G. Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, nº 2, 2003. p.102-108.

JACQUES, M.G. O Nexos Causal em Saúde / Doença Mental no Trabalho: uma demanda para a Psicologia. **Revista Psicologia e Sociedade**, v.19 Porto Alegre, 2007.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S.; SZNELWAR, L.I.; JARDIM, T.A.; GASPARO, S. **O trabalhar no Programa Saúde da Família: um estudo em psicodinâmica do trabalho.** Cadernos de Atenção Básica. Inquérito com usuários e profissionais, percepção dos gestores e estudos sobre o trabalho no PSF. São Paulo. 2006. p. 207-228.

LUCHESE, R. OLIVEIRA, A.G.B.; CONCIANI, M.E. MARCON, S.R. Saúde mental no Programa Saúde da Família: caminhos e impasses de uma trajetória necessária. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25(9). p.2033-2042, set, 2009.

MENDONÇA, M.H.M.; VIANA, A.L.V. Atenção Primária à Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: **Caderno Saúde Pública**, v. 24, 2008.

MOULIN, M.G.B.; MORAES, A.B.T. Vamos fazer poeira! Fontes e expressões da pressão no trabalho do setor de rochas governamentais no Espírito Santo. São Paulo: **Rev. bras. Saúde ocupacional**, v. 35 (122). p.192-200, 2010.

MIELKE, F.B; KANTORSKI, L.P.; OLSCHOWSKY, A.; JARDIM, V.M.R. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trab. educ. saúde.**, vol.9, n.2, p. 265-276. 2011.

NETO, J.L.F. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 18-26, jan./dez. 2008.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho. LABATE. Renata Curi. **A Contribuição da Saúde Mental para o Desenvolvimento do PSF.** Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem. V. 56(3). p.230-235. maio/jun. 2003.

SELIGMANN-SILVA, Edith. BERNARDO, Márcia Hespanhol. MAENO, Maria. KATO, Mina. **O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador.** São Paulo: Rev. bras. Saúde ocupacional. V.35 (122). P.187-191, 2010.