

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Paola Batista Da Silva

**ADOCIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL: UM  
ENSAIO REFLEXIVO**

Santa Maria, RS  
2019

**Paola Batista Da Silva**

**ADOCIMENTO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE MENTAL: UM  
ENSAIO REFLEXIVO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção de título de **Bacharela em Serviço Social**.

Orientadora: Profa. Dra. Rosane Janczura

Santa Maria, RS  
2019

**Paola Batista Da Silva**

**ADOCIMENTO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL: UM  
ENSAIO REFLEXIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso,  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Serviço Social, da Universidade Federal de  
Santa Maria (UFSM, RS), como requisito  
parcial para a obtenção de título de  
**Bacharela em Serviço Social.**

**Aprovado em 10 de dezembro de 2019**

---

**Profa. Dra. Rosane Janczura, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Jairo Oliveira, Dr. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2019

## **DEDICATÓRIA**

Primeiramente á Deus que me sustentou até o final dessa jornada, minha família que sempre esteve ao meu lado, me motivando para continuar seguindo em busca dos meus sonhos, ao meu namorado que com sua paciência e amor esteve ao meu lado durante esse processo. Por fim aos mestres que no decorrer da graduação compartilharam seu conhecimento, suas experiências que contribuíram para minha formação.

## RESUMO

# ADOCIMENTO DOS PROFISSIONAIS EM SAÚDE MENTAL: UM ENSAIO REFLEXIVO

AUTORA: Paola Batista Da Silva  
ORIENTADORA: Profa. Dra. Rosane Janczura

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC), busca refletir sobre processo de adoecimento dos trabalhadores da área de saúde mental, a partir do contexto de trabalho que estão inseridos e a relação de (des)cuidado que intervém no cotidiano dessa realidade e influenciam a saúde mental dos trabalhadores. A revisão bibliográfica discorre sobre o histórico da saúde no Brasil, como a saúde era vista antes da Reforma Sanitária e o processo até a criação do SUS, perpassando pela reforma psiquiátrica brasileira, que é caracterizada por muitas transformações na área da saúde mental. Além disso busca apresentar como está organizada a saúde mental no município de Santa Maria, em seguida faz reflexões sobre o adoecimento dos trabalhadores da saúde mental, abordando a relação homem e trabalho por fim trazendo ações e estratégias para a saúde do trabalhador.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Saúde Mental. Adoecimento do trabalhador.

## **ABSTRACT**

### **TITLE**

**AUTHOR:** Paola Batista Da Silva  
**ADVISOR:** Profa. Dra. Rosane Janczura

The present work of degree conclusion (TCC) search reflex about the process of illness of mental health area's workers, from the context of work wich they are into and the relationship of (un)caring that step in the daily routine of this reality and in make influence in the workers' mental health. The bibliographic review shows about historical data of health in Brazil, how the health question was seen before the Health Reform and the process until the creation of SUS, passing through the brazilian psychiatric reform, which is known by many changes in the area of mental health. The work also shows how the mental health is been organized at the city of Santa Maria, then later having done some reflections about the illness of mental health's workers, approaching the relationship between person and work, searching for actions and strategies for the workers'health.

**Key words:** Social Service. Mental Health. Workers' Illness.

## LISTA DE ABREVIATURAS E DE SIGLAS

CAPs	Caixas De Aposentadorias e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CLT	Consolidação das Leis de Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EACS	Equipe de Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégias de Saúde da Família
IAPs	Institutos de Aposentadoria E Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
ISEV	Instituto de Saúde e Educação Vida
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Assistência Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAM	Pronto Atendimento Municipal
PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no trabalho
RAPS	Redes de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção á Saúde
RENAST	Rede Nacional de Atenção Integrada a Saúde dos Trabalhadores
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	9
<b>2 SAÚDE E SAÚDE MENTAL: FUNDAMENTANDO IDEIAS</b> .....	10
2.1 Breve Histórico da saúde no Brasil .....	10
2.2 Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.....	12
2.3 Movimento Brasileiro pela Reforma Psiquiátrica .....	14
<b>3 SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA</b> .....	19
<b>4 ADOECIMENTO DO TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL</b> .....	23
4.1 O Homem e o Trabalho .....	23
4.2 O Trabalho Precário e o Adoecimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.....	24
4.3 Ações e Estratégias para a Saúde do Trabalhador.....	29
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	33
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	37

## 1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de Conclusão de Graduação possui como objetivo central refletir sobre o adoecimento dos trabalhadores de saúde mental. Para melhor compreensão da temática, faz-se necessário entender historicamente como o trabalho é visto na sociedade. Para Marx (2008, 57) “o trabalho, tal como se manifesta nos valores de troca, é trabalho humano geral. Essa abstração de trabalho humano geral existe no trabalho médio que cada indivíduo médio de uma sociedade dada pode realizar: um gasto produtivo determinado de músculos, nervos, cérebro humano.” Com isso, o adoecimento vem ocorrendo, devido as condições de trabalho desses trabalhadores.

Além disso, tem-se estudos que apresentam evidências do adoecimento do trabalhador, relacionados a fatores psicológicos, estruturais, relacional.

Com base nesse contexto, emerge como questão orientadora: quais as reflexões que suscitam frente ao adoecimento dos trabalhadores de saúde mental? E, como objetivo: refletir sobre o adoecimento dos trabalhadores de saúde mental. Adicionando ao exposto, a motivação a partir das vivências/experiências no Estágio Curricular Obrigatório no Centro de Atenção Psicossocial, observou-se uma intensa carga de trabalho desses trabalhadores.

Para responder ao objetivo, este trabalho foi organizado da seguinte forma: Capítulo 2. Reflexões frente ao contexto do trabalho e as políticas de saúde no Brasil assim como um breve histórico da saúde no Brasil, da Reforma Sanitária até a Criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

O capítulo 3: Saúde Mental Município de Santa Maria busca discorrer sobre a organização da saúde mental, trazendo uma reflexão do processo de adoecimento mental dos trabalhadores e sobre a relação do homem com o trabalho.

## 2 SAÚDE E SAÚDE MENTAL: FUNDAMENTANDO DE IDEIAS

Este capítulo está organizado com um breve histórico da saúde no Brasil, com objetivo de fundamentar a discussão, trazendo o arcabouço histórico da saúde e da saúde mental, fazendo uma breve retrospectiva sobre a política de saúde no Brasil, e a reforma psiquiátrica brasileira.

### 2.1 Breve Histórico da saúde no Brasil

No início do século XX, no Rio de Janeiro, com a temporada das imigrações, a economia brasileira iniciava as exportações principalmente de café, sendo assim as imigrações estavam suscetíveis as epidemias, doenças como a varíola, malária, febre amarela entre outras que assolavam a população na época. Esse cenário caótico gerou consequências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade (CONASS, 2011, p. 12).

Nessa época não havia um modelo sanitário e a população ficava vulnerável as doenças. Para combater essa onda epidemiológica, foi necessário criar estratégias:

A incorporação dos novos conhecimentos clínicos e epidemiológicos às práticas de proteção da saúde coletiva levou os governos republicanos, pela primeira vez na história do país, a elaborar minuciosos planos de combate às enfermidades que reduziam a vida produtiva, ou útil, da população. Diferentemente dos períodos anteriores, a participação do Estado na área da saúde tornou-se global: não se limitava às épocas de surto epidêmico, mas se estendia por todo o tempo e a todos os setores da sociedade. (CONASS, 2011, p.12).

Estas estratégias criadas pelo Estado possibilitaram avanços importantíssimos na proteção social e na saúde pública, criando mecanismos para o enfrentamento das enfermidades da época.

Luz (1991) ressalta que Oswaldo Cruz adotou os modelos de campanhas sanitárias, com o propósito de combater as epidemias urbanas, e mais tarde as endemias rurais. A saúde nesta época era centralista, tecnoburocrática e corporativista, ou seja, os médicos eram provenientes da oligarquia de origem agrária, que dominou a República Velha.

Nos anos 90, a assistência à saúde passou a ser através da Previdência Social, juntamente com as empresas, Institutos de Pensões e Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS)<sup>1</sup>, posteriormente surge as Instituições de Aposentadorias e Pensões (IAPS). Cada instituição tinha sua própria assistência à saúde, as empresas ofereciam assistência médica para seus funcionários, o acesso à saúde era para aqueles que tinham condições de pagar ou para aqueles que tinham vínculo empregatício, quem não estava nessas condições tinha apenas o acesso à saúde de forma preventiva e universal como: vacinação, controle de epidemias, saneamento, entre outros, estando sujeitos a instituições filantrópicas para os demais serviços médicos, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (BITTENCOURT; MARINHO, 2016).

Em 1930, foram criadas no Brasil as instituições de aposentadorias e pensões, com o intuito de oferecerem propostas para melhorar a assistência da população. Conforme Scliar (2002).

Propostas de salário mínimo, codificação da legislação trabalhista, pensões e aposentadorias, não tiveram, no entanto, impacto direto com a saúde, mas aos poucos, os vários institutos de Aposentadorias e Pensões dos industriários, comerciais, bancários, marítimos, foram introduzindo os serviços de assistência médica. (SCLAR, 2002 apud BITTENCOURT; MARINHO, 2016, p.15).

Os Institutos de Aposentadorias e Pensões contavam com o financiamento parcial do Poder Executivo, eles foram criados por Getúlio Vargas e favoreciam as camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridos em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agroexportadora até então dominante (LUZ, 1991).

Nesses institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (comerciários, marítimos, bancários) e não por empresa e só podiam fazer parte apenas os membros da comunidade localizadas nas ocupações, definidas em lei e que contribuíssem para a Previdência Social. (CARVALHO; BARBOSA 2010).

Em 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que padronizou o cardápio de serviços de saúde a que todos os assegurados assim teriam direito, independentemente, do instituto a que estivessem filiados. (CARVALHO; BARBOSA, 2010). A mesma criou alguns benefícios como: auxílio natalidade, auxílio funeral e auxílio reclusão.

---

<sup>1</sup> CAPS também se refere a Centro de Atenção Psicossocial.

Mais adiante surge o Instituto Nacional da Previdência social que foi criado em 1966, pelo governo militar unificando todas as instituições previdenciárias setoriais, significou para a saúde previdenciária a consolidação da tendência a contratação de produtores privados de serviços de saúde como estratégia dominante para a expansão da oferta de serviços (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

Segundo Carvalho e Barbosa (2010) em 1966 todas as instituições previdenciárias se uniram com Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), por meio do governo militar. O INPS significou para a saúde a contratação de produtores privados de serviços de saúde para a expansão da oferta de serviço.

O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) criado em 1977 teve como proposta articular as ações da saúde entre si e elas com um conjunto de políticas de proteção social (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

O cenário nessa época era de muitas mudanças na área social, econômica e política. Os INAMPS em meados dos anos 80 foram afetados pela crise financeira do país, onde tendo que equacioná-la, não apenas como gestor da assistência médica aos assegurados, mas também como responsável pela assistência médica individual da população (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

## 2.2 Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde

A partir dos anos 70 surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, que se refere a um conjunto de mudanças e transformações na área da saúde, a fim de buscar melhorias na condição de vida da população, tendo em vista a universalização do direito à saúde.

O movimento sanitário para Arouca (1988) ressaltava uma “totalidade de mudanças”, ou seja, um processo de transformação da situação sanitária com quatro dimensões: específica, institucional, ideológica e das relações:

A dimensão específica: como o campo da dinâmica do fenômeno saúde/doença nas populações, que se expressa pelos indicadores disponíveis, como o coeficiente da mortalidade infantil, expectativa de vida, etc., pela experiência acumulada, pela comparação com o nível de saúde já alcançado por outras populações, etc; A dimensão institucional: como o campo das instituições que atuam no setor (públicas, privadas, beneficentes), da produção de mercadorias, de equipamentos, a formação de recursos humanos. Este campo é mais tradicionalmente definido como o Sistema ou o Setor Saúde. A dimensão ideológica: em que há valores, juízos, concepções, preconceitos que representam a expressão simbólica e histórica de uma dada

situação sanitária. A dimensão das relações: num dado momento histórico, a organização social e produtiva de uma sociedade leva a que a produção, distribuição e apropriação das riquezas de forma a determinar situações de risco e de possibilidades ao fenômeno saúde/doença (AROUCA, 1988, p.2).

A Reforma Sanitária no Brasil é como uma Reforma Social, que articula proposições de mudanças, sob diversas dimensões, mobilizando um bloco de forças políticas no âmbito do movimento sanitário. Esse movimento gerou avanços, trazendo novas propostas durante seu processo, entre elas estão: construção coletiva de um projeto nacional para o país promovendo a inclusão, considerando a saúde como direito e não como mercadoria; fortalecer a importância do Estado para promover mudanças na ampliação de recursos destinados à saúde, agregando conhecimento e desenvolvendo tecnologias voltadas para a saúde da população (AROUCA, 1988).

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986, que aprovou a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), que se constituísse em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à Previdência. Enquanto se aprofundavam as discussões sobre o financiamento e a operacionalização para a constituição do Sistema Único de Saúde, em julho de 1987, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha também como princípios básicos: a universalização; a equidade; a descentralização; a regionalização; a hierarquização e a participação comunitária. (CONASS/2011).

A Constituição Federal teve um papel importante para a efetivação do Sistema Único de Saúde, foi um marco na história do Brasil pois a saúde passou a ter outro caráter, passa a ser legalmente assegurada como direito fundamental da população, sendo o Estado responsável pela garantia desse direito (BRASIL,1988).

No Art. 198 da Constituição Federal são estabelecidas diretrizes do Sistema único de Saúde como: a descentralização, com direção voltada para o governo, tendo prioridade para as atividades preventivas, atendimento integral, sem ter prejuízos dos serviços assistenciais a efetiva participação da comunidade.

Um acontecimento importante para a efetivação do SUS foi quando ocorreu a transferência do INAMPS da Previdência para o Ministério Público da Saúde em 7 de Setembro de 1990 no decreto de número 99.060 e foi pela promulgação da Lei 8080 que foi instituída o Sistema Único de Saúde. A Lei 8080 “Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.” (BRASIL,1990)

Conforme a Lei 8.080/90 em seu Art. 7º dos princípios e diretrizes destacam se alguns dos princípios do SUS:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde (BRASIL, 1990).

Essa Lei foi prevista com o objetivo de criar em um sistema público que possibilitasse solucionar os problemas encontrados no atendimento da população em defesa ao direito universal da saúde. Possibilitando o acesso igualitário para todos que dela necessitassem.

### 2.3 Movimento Brasileiro pela Reforma Psiquiátrica

Atenção à saúde mental existe desde a chegada da família real no Brasil, nessa época as pessoas com transtornos mentais oriundas de famílias tradicionais e ricas da sociedade carioca eram “tratadas” em espécies de asilos ou as intituladas Casas de Misericórdia para que fossem então afastadas da sociedade. (SANTOS, 1992).

Antigamente o tratamento para as pessoas com transtornos mentais não tinha o caráter humanizado, era focado apenas na doença, essas pessoas eram consideradas como um perigo para a sociedade, por isso eram isoladas. As Casas de Misericórdia funcionavam muito mais como cárceres, pois que os ali eram internados não possuíam qualquer tratamento humanizado, ao revés, eram tratados miseravelmente, muitas vezes, sem alimentação e higiene necessárias. (SANTOS, 1992).

Inicialmente a saúde mental era voltada apenas para o tratamento hospitalar, em que o doente mental era abandonado nos hospitais sujeitos aos maus-tratos, excluídos da sociedade. Sendo assim:

Em 1852 com a inauguração do Hospício de Pedro no Rio de Janeiro a loucura passa a ser reconhecida como doença e a mesma passa ser reconhecida como doença e a mesma ter um enfoque para um tratamento. Mas os doentes ainda continuam passando por maus tratos e vivendo em confinamento sendo o mesmo criado anexo à Santa Casa de Misericórdia, sendo dirigido por irmãos que comandavam a instituição, no final do século

com a Proclamação da República que o hospício foi desanexado da Santa Casa de Misericórdia. Ao final do século XIX e princípio do século XX, inaugura-se uma nova etapa na psiquiatria brasileira. Com Juliano Moreira que assumiu a direção do Hospício em 1903, considerando um marco da introdução da psiquiatria científica no Brasil. (GONÇALVES, 2008 apud BITTENCOURT; MARINHO 2016)

A Reforma Psiquiátrica eclode da Reforma Sanitária nos anos 70, juntamente com o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e alguns movimentos sociais na luta pelo estado democrático de direito, no cenário da ditadura militar. Esses movimentos buscavam mudanças no modelo assistencial da saúde brasileira, em favor da saúde coletiva, do tratamento humanizado e de qualidade com a participação dos usuários e trabalhadores nas decisões dos conselhos, na formulação de ideias na gestão e produção de tecnologias voltadas para o cuidado. Juntamente com isso surgiu a necessidade de mudar a maneira de tratar as pessoas que tinham algum distúrbio mental com mudanças no modelo hospitalocêntrico e o de desconstrução dos espaços asilares. (MARINHO; BITTENCOURT, 2016).

As mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica possibilitaram que os pacientes pudessem voltar a conviver em sociedade. Desse modo, promovendo a inclusão social desses indivíduos, com isso houve a diminuição do número de leitos ocupados nos hospitais psiquiátricos:

[...]a violência exercida por aqueles que empunham faca contra os que se encontram sob sua lâmina. Família, escola, fábrica, universidade, hospital: instituições que repousam sobre uma nítida divisão do trabalho (senhor e servo, professor e aluno, empregador e empregado, médico e doente, organizador e organizado). Isto significa que o que caracteriza as instituições é a nítida divisão entre o que se têm o poder e os que não têm o poder. De onde se pode ainda deduzir que a subdivisão das funções traduz uma relação de poder e não poder, que se transforma em exclusão do segundo pelo primeiro. A violência e a exclusão estão na base de todas as relações que se estabelecem em nossa sociedade (BASIGLIA, 1985 apud BITTENCOURT; MARINHO, 2016).

Para Gonçalves e Sena (2001, p.49) “A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. Tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam”. Até os dias atuais outras formas para melhorar o atendimento aos doentes mentais são pautas entre os profissionais da área da saúde, em conjunto com a sociedade, mostrando a importância da construção que coletiva, une forças.

Segundo Tenório (2002, p.35) A I Conferência Nacional de Saúde Mental foi marcada pelo “fim da trajetória sanitarista, de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura”. Isso consiste na desinstitucionalização, no que se refere a não existência de manicômios, na preocupação do cuidado com a saúde do usuário.

Para o autor essa ruptura com o movimento sanitarista estabelece “um novo horizonte com o ato de saúde” (TENÓRIO, 2002, p.35) que haja um cuidado mais humanizado com o paciente, propiciando uma condição melhor para o seu tratamento.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) ocorreu em 1987 em desdobramento à VIII Conferência Nacional de Saúde. Os seguintes temas foram discutidos na conferência: Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; impactos sobre saúde e doença mental; Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (BRASIL, 1988).

O relatório da conferência apresenta a discussão sobre as implicações sócio-político e econômicas que resultaram em uma sociedade desigual, devido a precariedade das condições materiais da maioria da população as discussões abordam temas sobre cidadania e doença mental, direitos deveres e legislação do doente mental. Propõe mudanças no Código Civil, Código Penal, legislação sanitária e trabalhista, visando garantir a cidadania do louco conforme o paradigma defendido pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 1988).

As conferências são importantes pois são espaços deliberativos, que consiste na construção de ideias, espaço para a participação do usuários, sugestões elaboração de documentos que buscam melhorias no atendimento da população.

Para a contribuição dessas transformações no ano de 1987 surge no Brasil o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) recebeu o nome de Luiz da Rocha Cerqueira. Os CAPS surgiram como uma nova proposta de atendimento as pessoas com transtornos mentais. Em relação aos CAPS Ribeiro (2003 p.95) afirma o seguinte:

Dessa forma, os CAPS se estruturam como serviços de atendimento diário. Parte-se de um entendimento de que a especificidade clínica de sua clientela, pela sua doença e condições de vida, necessita muito mais do que uma consulta ambulatorial mensal ou semanal. Organizam-se de forma a que o usuário, caso necessite, possa freqüentar o serviço diariamente, e é oferecida uma gama de atividades terapêuticas diversificadas e o acolhimento por uma equipe interdisciplinar.

Nesse contexto permitindo que o usuário se relacione com outras pessoas além do seu convívio normal, criando vínculos, realizando outras atividades. Sendo assim vendo o tratamento em outra perspectiva.

Os CAPS surgiram para romper com o modelo asilar que existia antigamente, esse modelo excluía as pessoas com transtorno mental da sociedade, dos seu vínculos. Com o a criação do CAPS o atendimento a esse usuário passou ser humanizado proporcionado melhores condições no tratamento.

Segundo Amarante o modelo psicossocial enfatiza a temática da inserção social desse usuário, pois e algumas situações não foi por essa temática com a qual ele chegou até a instituição. Por isso que é importante o trabalho dos profissionais nos CAPS “para incluir uma série de dispositivos que vão do teatro às diferentes formas de arte e artesanato, e da qual se espera - uma vez que preconiza sua alternatividade em relação ao modo asilar” (AMARANTE, 2000, p.155-156).

Em 2002 foi estabelecida a portaria 336 pelo Ministério da saúde considerando a Lei 10.216 que dispõe:

Sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001; Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Dessa forma, os CAPS são dispositivos que devem estar situados no núcleo da rede de serviços de saúde e em outros setores, que são fundamentais para a inserção dos sujeitos excluídos da sociedade (BRASIL, 2004).

### 3 SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA

As estratégias e diretrizes criadas pela Política Nacional da Saúde têm o “objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidade de tratamento e cuidados específicos em saúde mental”, criando redes de atenção à saúde voltada para a integralidade do cuidado com o usuário, garantindo do acesso e promovendo estratégias intersetoriais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Em 2010 o Ministério da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) fizeram um acordo que resultou na publicação da portaria nº 4.279, que se refere a composição da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nessa rede são estabelecidos “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010)

Dando continuidade com o processo de aprimoramento, em 2011 foi instituído a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que faz parte de uma rede temática do Sistema Único de Saúde, conforme a Portaria 3.088/2011 consiste em:

Art. 1º Fica instituída a Rede de Atenção Psicossocial, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III - combate a estigmas e preconceitos;

IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI - diversificação das estratégias de cuidado; (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2011).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) propõe um novo modelo de atenção em saúde mental, a partir do acesso e a promoção de direitos das pessoas, baseado na convivência dentro da sociedade. A rede ainda tem como objetivo articular ações e serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2013).

No Município de Santa Maria a Rede de Atenção à Saúde Mental está organizada conforme o quadro abaixo:

**Quadro 1-** Rede de Atenção Psicossocial do Município de Santa Maria, RS.

<b>Rede de Atenção Psicossocial</b>	
Atenção Básica	Formada pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF); Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Equipes de Agente Comunitário de Saúde (EACS).
Urgência e Emergência	Formada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto Atendimento Municipal (PAM).
Atenção Especializada	Formada pelas Unidades de Atenção Especializada (Policlínicas) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).
Atenção Hospitalar	Formada pelos 105 leitos de internação psiquiátrica localizados nos hospitais conveniados do Sistema Único de Saúde da região Verdes Campos e Entre Rios do Rio Grande do Sul.

Fonte: adaptado a partir do Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Maria, 2018-2021.

Atenção Básica: é porta de entrada do SUS, ou seja, o atendimento inicial para os usuários. Conforme a Portaria nº 2.488 a Atenção Básica em Saúde se refere a um conjunto de ações em saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde; a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e na autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011).

Na Atenção Básica também são realizados atendimentos as demandas da saúde mental. Os pontos de acesso da RAPS no Município de Santa Maria são os seguintes:

- 21 Equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF);

- 19 Unidades Básicas de Saúde (UBS), dentre estas, conta com 1 unidade de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).
- Urgência e Emergência: Conta com os seguintes pontos:
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA III); • Pronto Atendimento Municipal (PA Patronato).

Atenção Psicossocial Especializada: trabalha na perspectiva da reinserção social e familiar dos usuários baseados nos princípios e diretrizes do SUS e da Política Nacional de Saúde Mental. O município de Santa Maria conta com os seguintes serviços de Atenção Psicossocial Especializada:

- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Prado Veppo;
- Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) “O Equilibrista”;
- Centro de Atenção Psicossocial AD II Caminhos do Sol;
- Centro de Atenção Psicossocial AD II Cia do Recomeço.

Além dos Centros de Atenção Psicossocial, o município de Santa Maria conta com as Policlínicas, sendo estas:

- Unidades de Saúde José Erasmo Crossetti e Policlínica Nossa Senhora do Rosário (Região Central);
- Unidade de Saúde Wilson Paulo Noal (Região Leste);
- Unidade de Saúde Kennedy (Região Norte);
- Unidade de Saúde Itararé (Região Noroeste);
- Unidade Ruben Noal (Região Oeste).

Além dos serviços, citados anteriormente, também são oferecidos os seguintes serviços:

- Acolhe Saúde, serviço que atende as vítimas que foram atingidas pela tragédia da Boate Kiss;
- Ambulatórios de Saúde Mental: Responsáveis pelo atendimento aos casos leves e moderados que não necessitam de atendimento nos CAPS. O atendimento é feito nas Policlínicas da Região de Saúde.

Atenção Hospitalar, de acordo com a Portaria 3.088/2011, um dos pontos da Atenção Hospitalar na RAPS são as enfermarias especializadas em Hospital Geral, bem como os Hospitais de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Santa Maria conta com os seguintes suportes hospitalares na região de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde:

- Hospital Casa de Saúde – Unidade Madre Madalena (Santa Maria/RS);
- Hospital Universitário de Santa Maria – Unidade Paulo Guedes (Santa Maria/RS);
- Hospital Santo Antônio (São Francisco de Assis/RS);
- Hospital de Caridade de Santiago (Santiago/RS);
- Instituto de Saúde e Educação Vida – ISEV (Cacequi/RS);
- Hospital Nossa Senhora da Piedade (Nova Palma/RS)<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Estes dados foram retirados do Plano Municipal de Saúde do Município de Santa Maria, 2018-2021

## 4 ADOECIMENTO DO TRABALHADOR DE SAÚDE MENTAL

### 4.1. O Homem e o Trabalho

Para entendermos a problemática saúde mental do trabalhador devemos analisar os processos históricos e sociais que houveram ao longo tempo, esses processos tiveram impactos na vida da classe trabalhadora por isso é importante compreende-los.

Partirei do pressuposto em que o trabalho sempre fez parte da vida do homem da sua história, fazendo parte do seu contexto social, é por meio do trabalho que o homem adquire seus bens e é reconhecido na sociedade pela sua profissão. (ZAVATTARO & BENZONI, 2013) referem que:

O Homem não pode ser entendido sem o Trabalho e o Trabalho, em si mesmo, reflete a condição humana. Existe uma relação pré-determinada entre o Homem e o Trabalho. Considerando-se que o ser humano se caracteriza pela indeterminação, uma condição biológica que o instrumentaliza, mas não o programa, o trabalho e o desejo humano não podem existir separadamente. O homem é dotado de consciência e inteligência, desejos e pulsões, que buscam espaço para elaboração nas atividades da vida diária, entre elas o trabalho. Certamente, o trabalho imposto ao homem não responde sistematicamente a esta exigência conceitual, se tornando alienante. É uma verdadeira missão, a consciência que o homem tem de desempenhar na vida uma tarefa concreta e pessoal, derivada de seu caráter único e irrepetível. No entanto, a partir do momento em que o trabalho é institucionalizado, passa a se apresentar uma nova configuração: a relação existente entre Homem, Trabalho e Organização (ZAVATTARO; BENZONI, 2013, p.01).

Como foi citado anteriormente o trabalho é fundamental na história do homem, para sua subsistência, podendo satisfazer suas necessidades, por meio do trabalho o homem é capaz de evoluir suas capacidades laborais e ser reconhecido na sociedade.

Com a Revolução Industrial a partir do Séc XVII o mundo do trabalho passou por muitas mudanças que afetaram os trabalhadores, deu-se o início a um novo modelo de trabalho que foi caracterizado pelos avanços tecnológicos, com a chegada dos maquinários substituindo o trabalho rural e artesanal pelas atividades nas indústrias.

Os avanços tecnológicos transformaram o meio de produção daquela época, antes a produção era a vapor os produtos eram feitos artesanalmente com a chegada das máquinas o processo de produção passou a ser mecanizado. Catani (2004) afirma o seguinte a respeito desse novo modelo de produção:

A Revolução Industrial estabelece, nesse sentido, as principais fases do desenvolvimento capitalista, pelo simples motivo de que pressupõe a existência de certos níveis de acumulação capitalista sem as quais não parece viável a substituição da força de trabalho por máquinas cada vez mais aperfeiçoadas. (CATANI, GENNARI, 2004, p.42).

É no bojo dessas transformações que a sociedade capitalista se desenvolve, com o intuito de apenas produzir afim de gerar lucros. Esse sistema permitiu o aumento da produtividade, a diminuição dos valores das mercadorias e acumulação de capital, condições precárias de trabalho, os movimentos eram repetitivos, exaustivos, os salários eram baixos e o desemprego amentando devido a essas condições de trabalho.

Uma fenomenologia preliminar dos modos de ser da precarização demonstra a ampliação acentuada de trabalhos submetidos a sucessivos contratos temporários, sem estabilidade, sem registro em carteira, trabalhando dentro ou fora do espaço produtivo das empresas, quer em atividades mais instáveis ou temporárias, quando não na condição de desempregado. Crescentemente, a busca da “racionalidade instrumental” do capital vem impulsionando as empresas à flexibilização das relações de trabalho, da jornada, da remuneração, reintroduzindo novas relações e formas de trabalho que frequentemente assumem feição informal. (ANTUNES; DRUCK, 2013, p.218).

Com o passar do tempo a relação do homem com o trabalho ficou cada vez mais difícil, pois no decorrer dos anos a sociedade foi se transformando, inovações surgiram e o mundo do trabalho acabou sendo afetado por essas mudanças, devido a essas transformações é importante entendermos alguns acontecimentos que aconteceram e tiveram impacto na história da humanidade.

#### 4.2. O Trabalho Precário e o Adoecimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

Diante desse cenário a classe trabalhadora sofre com as transformações impostas pelo modelo capitalista, o trabalho era precarizado os trabalhadores eram submetidos a jornadas longas de trabalho, sendo assim eram “expostos à flexibilização e à intensificação do ritmo de suas atividades, expressas não somente pela cadência imposta pela robotização do processo produtivo, mas, sobretudo, pela instituição de práticas pautadas pela multifuncionalidade, polivalência, times de trabalho interdependentes”. (ANTUNES, PRAUN, 2015, p.05).

Como foi citado anteriormente esse modelo de produção afetou diretamente a saúde dos trabalhadores, devido às péssimas condições de trabalho. Sendo assim compreende-se que a saúde do trabalhador é uma questão que existe há muito tempo até os dias de hoje e engloba muitas doenças tanto físicas e psicológicas por isso necessário entender esse processo na sua multidimensionalidade.

Dando início ao tema saúde mental do trabalhador entende-se que a Saúde Mental segundo a OPAS “é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade”. Nesse sentido vários fatores podem influenciar na saúde mental dos trabalhadores como: a vida social, más condições de trabalho, fatores socioeconômicos, psicológicos entre outros ocasionando o adoecimento do trabalhador (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2016).

A saúde mental passou por muitas transformações ao longo do tempo, nesse processo destaca-se a “criação de serviços substitutivos ao modelo antimanicomial” que são chamados de Centro de Atenção Psicossocial. Com a criação desses serviços surge uma nova proposta de atendimento para as pessoas com transtornos mentais e uma nova lógica na organização de trabalho nos espaços de atuação dos profissionais. Com isso é possível perceber que o trabalho em saúde mental é complexo e desafiador devido as novas metodologias de trabalho, relação entre trabalhadores, reestruturação do serviço e assim por diante (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2009, p.2147).

A relação do trabalho com o trabalhador da saúde mental é um tema da contemporaneidade que tem sido objeto de estudo, devido as precaridades nas condições de trabalho nessa área, resultando no adoecimento dos trabalhadores.

Costa e Silva (2008) apontam em sua pesquisa que são escassos os momentos e vivências relacionado á saúde dos trabalhadores do CAPS, que são poucas as ações voltadas para a saúde desses trabalhadores. Devido á falta desses espaços muitos trabalhadores adoecem, por não terem momentos que possibilitem diálogos com seus colegas para debater os casos, compartilhar suas dificuldades no cotidiano de trabalho e também estarem se fortalecendo como equipe.

Outros fatores que são apontados estão relacionados a estrutura precária desses ambientes, a carência de materiais e alimentos, que promovem limitações na prática e execução das atividades no CAPS que desestimulam os trabalhadores, por

não terem as mínimas condições para receber os usuários. (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2009, p.2148).

Na pesquisa de Costa e Silva o sofrimento dos trabalhadores é causado pela relação de profissional-usuário refere-se as angustias e preocupações no envolvimento com o sofrimento do usuário na frustração quando o tratamento não atende as expectativas do profissional e a família não adere ao tratamento (COSTA & SILVA, 2008).

Como já foi mencionado criar espaços que oportunizam momentos de diálogo entre os profissionais, seria uma maneira para o alívio das tensões vividas no cotidiano desse trabalhador. Essa questão está relacionada com a gestão, ou seja, com a organização do trabalho na instituição.

A organização do trabalho tem um papel importante na relação com o trabalhador, sendo um elemento central na dinâmica de prazer e sofrimento. Nesse sentido Dejours faz a seguinte afirmação:

Deste modo, a livre organização do trabalho torna-se uma peça essencial do equilíbrio psicossomático e da satisfação. Ao inverso da livre estruturação do modo operatório, que caracteriza o trabalho artesanal, a organização do trabalho rígida e imposta, que caracteriza a maior parte das tarefas industriais, aparece, inicialmente, como um obstáculo à livre estruturação da tarefa. A organização do trabalho, fixada externamente pelas chefias, pode, em certos casos, entrar em choque com o compromisso operatório favorável, que o trabalhador teria instituído espontaneamente. A organização do trabalho, neste sentido, pode comprometer imediatamente o equilíbrio psicossomático. Quanto mais rígida for a organização do trabalho, menos ela facilitará estruturas favoráveis à economia psicossomática individual. A organização do trabalho é causa de uma fragilização somática, na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental (DEJOURS, 1992, p.128).

A falta de preparo, conhecimento e a pouca experiência dos profissionais da saúde mental é compreendida como fragilização do cuidado com o usuário (RIBEIRO, 2015, p.95). Costa e Silva também apontam a falta de capacitação para esses profissionais atuarem no campo de trabalho, principalmente para os profissionais recém-chegados ao serviço devido à pouca preparação (COSTA & SILVA, 2008).

Os trabalhadores nessas condições demonstram dificuldades na sua prática profissional devido o raso arcabouço teórico. Segundo Ribeiro “estudos têm evidenciado grandes lacunas entre a formação dos trabalhadores e as exigências

práticas nos CAPS". Com isso os profissionais sentem-se incapacitados para o trabalho. (RIBEIRO, 2015).

Em relação a essa situação a autora traz a proposta da participação dos cursos universitários para esses espaços afim de contribuir para o fortalecimento dessa instituição e colaborar para aprendizado para esses trabalhadores proporcionando uma troca de experiência. (RIBEIRO, 2015, p.99).

Dentre as pesquisas a baixa remuneração, jornada dupla de trabalho em alguns casos tripla jornada, citado por eles demonstram o descaso e falta de valorização com esses trabalhadores. Essa realidade causa a insatisfação ligada ao exercício profissional (COSTA & SILVA, 2008, p.97).

Os trabalhadores da saúde mental se sentem desmotivados com o seu campo de atuação devido as condições materiais, financeiras e psicológicas que precisam enfrentar no cotidiano do ambiente laboral e, conseqüentemente, devido ao sofrimento produzido por essas adversidades.

Os fatores institucionais também afetam a saúde do trabalhador, na pesquisa de os fatores mencionados pelos trabalhadores foram o cansaço, a sobrecarga de demanda que chegam até o CAPS, poucas férias e por vezes a falta de motivação incentivo por parte da gestão (FERRER, 2007, p.80).

Para Kaez apud Ferrer (2007) o espaço institucional também é palco de sofrimentos próprios dos sujeitos na sua singularidade, com isso a instituição é um objeto psíquico em que os trabalhadores sofrem pela relação que é estabelecida com ela. Por vezes essa rigidez devido ao cumprimento das normas, regras que são estabelecidas pela instituição, afetam diretamente o trabalhador.

Outro fator que causa o adoecimento é o fato do trabalhador estar há anos trabalhando nessa instituição e não ver nenhuma mudança significativa no ambiente e nas relações de trabalho (GUIMARÃES; JORGE; ASSIS, 2008, p.2151). Isso implica diretamente na saúde desse trabalhador, podendo interferir na conduta do mesmo.

A dinâmica de trabalho nesses espaços precisa ser reinventada, esse ambiente é complexo, o trabalho está diretamente ligado com transtornos mentais, dores, sofrimento. É importante que nesses ambientes se crie espaços com uma dinâmica diferente, proporcionando momento de relaxamento, ações voltadas para a saúde desse trabalhador, que se crie espaço para o alívio dessas tensões ocasionadas pelo trabalho.

Ferrer (2007) aponta a desresponsabilização da família com o usuário, durante o tratamento dos usuários no CAPS. A família tem um papel significativo no tratamento, mas infelizmente em algumas situações ela se omite e acaba sobrecarregando o trabalhador da saúde mental.

O trabalho do profissional que atua na saúde mental é complexo e cheio de desafios do seu cotidiano de trabalho, inclusive lidar com as suas frustrações nesse sentido refere-se quando o tratamento planejado que o profissional faz não atende ao esquema que ele espera. Por tanto a “atuação do profissional de saúde mental no papel de técnico referente do usuário aparece, para maioria dos participantes, como causadora de maiores responsabilizações durante o tratamento, o que resulta no aumento de preocupações e angústias”. (COSTA & SILVA, 2008).

No campo da saúde mental a “relação dos profissionais com seus locais de trabalho deveria estar apoiada em identificação com as propostas, desejos de contribuição, escolhas mútuas de parcerias reais” (Ribeiro). Nesse caso a presente autora ressalta a importância de atentar para a subjetividade dos profissionais da saúde mental, relacionados a vontade de trabalhar na área, sentimento deles em relação ao trabalho com o sofrimento psíquico.

Com base na seguinte afirmação é possível identificarmos a relevância que tem o profissional em se identificar com seu campo de atuação. No momento que o mesmo não se sinta pertencente naquele lugar, essa condição contribui para a frustração, stress, causando o adoecimento desses trabalhadores.

As condições vistas anteriormente mostram que esse trabalhador necessita de cuidado, pois como vem sendo abordado são vários os relatos dos trabalhadores que se queixam estar cansados, desanimados, estressados devido ao trabalho. A autora cita outros aspectos que põe em risco a saúde desses profissionais:

É diante desse contexto que deve ser pensado em políticas que assegurem os direitos desses trabalhadores, criar, ampliar espaços que possibilitem esse profissional descarregar as suas cargas, expor seus sentimentos e pensar em estratégias que possibilitem na capacitação desses profissionais.

#### 4.3 Ações e Estratégias para a Saúde do Trabalhador

Diante da realidade dos trabalhadores vista até agora, 'podemos ver o quanto o trabalho tem sido a causa do adoecimento dos profissionais. Nesse sentido, Dias (2016) afirma o seguinte:

O trabalho é uma atividade humana fundamental, mediador de integração social, e como tal garante não somente a nossa subsistência, mas também o desenvolvimento e a expansão humana e dos indivíduos. Ocorre na complexa sociedade em que vivemos, o trabalho toma diversas formas, sendo muitas vezes restrita ao emprego, isto é, garante o salário para a subsistência, o consumo mas não propicia espaços de criação e desenvolvimento. Desta forma compreende-se que o trabalho deixa de ser elemento de proteção à saúde e torna –se, muitas vezes, o principal elemento para o desgaste da mesma. Sendo assim, é muito importante compreendermos e cuidarmos da saúde dos trabalhadores. (DIAS, 2016, p.95).

O verbo cuidar, em português, está relacionado à atenção, cautela, vigilância, prevenção, zelo. Representa, na realidade, uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o ser cuidado (BOFF, 1999; REMEN, 1993; WALDOW, 1998 apud COSTA & SILVA).

A Lei Orgânica da Saúde é estabelecida 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”. Além disso inclui a saúde do trabalhador no âmbito do SUS e estabelece sua abrangência:

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo: I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador; IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de

fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional (BRASIL, 1990).

Os seguintes princípios do SUS estabelecem uma nova forma de cuidar da saúde dos trabalhadores, na proposta de melhorias na sua condição de trabalho. Nessa mesma perspectiva de melhoria na condição do trabalhador outras estratégias foram criadas ao longo do tempo.

Sendo assim, no dia 1º de Maio de 1943 foi aprovado o Decreto de nº 5452 que estabelece a Consolidação das Leis de Trabalho. Essas Leis contribuíram para regular a relação de trabalho entre empregado e empregador e ainda assegura o trabalhador tanto o trabalhador urbano como o rural. Os assuntos que são estabelecidos na CLT são os seguintes:

- Estabilidade no trabalho;
- Assinatura da carteira de trabalho;
- Demissão por justa causa;
- Regras sobre assinatura, prazos, mudança e extinção dos contratos de trabalho;
- Jornada de trabalho máxima de 8 horas por dia;
- Horas extras, que podem ser 2 por dia;
- Conceito de trabalho diurno e noturno;
- Aviso prévio;
- Garantia de direito a fazer greve;
- Estabilidade no trabalho;
- Pagamento de adicionais como insalubridade e periculosidade;
- Garantia de ter férias, descanso semanal e intervalos;
- Pagamento do valor terço de férias, antes do início do período;
- Proteção do trabalho da mulher e licença maternidade;
- Convenções coletivas de trabalho;
- Direitos dos trabalhadores domésticos;

A CLT também define regras sobre a organização dos sindicatos e funcionamento da Justiça do Trabalho e do Ministério Público do Trabalho.

A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) foi criada no dia 7 de novembro de 2011 pelo Decreto nº 7602 ela tem como proposta prevenir acidentes de trabalho e danos à saúde do trabalhador. Essa política visa melhorias

nas condições dos trabalhadores, na promovendo saúde e qualidade de vida. Dentre os princípios e diretrizes a PNSST estabelece:

#### **OBJETIVO E PRINCÍPIOS**

II -A PNSST tem por princípios:

- a)universalidade;
- b)prevenção;
- c) precedência das ações de promoção, proteção e prevenção sobre as de assistência, reabilitação e reparação;
- d)diálogo social; e
- e)integralidade;

III -Para o alcance de seu objetivo a PNSST deverá ser implementada por meio da articulação continuada das ações de governo no campo das relações de trabalho, produção, consumo, ambiente e saúde, com a participação voluntária das organizações representativas de trabalhadores e empregadores;

#### **DIRETRIZES**

IV -As ações no âmbito da PNSST devem constar do Plano Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho e desenvolver-se de acordo com as seguintes diretrizes:

- a)inclusão de todos trabalhadores brasileiros no sistema nacional de promoção e proteção da saúde;
- b)harmonização da legislação e a articulação das ações de promoção, proteção, prevenção, assistência, reabilitação e reparação da saúde do trabalhador;
- c)adoção de medidas especiais para atividades laborais de alto risco;
- d)estruturação de rede integrada de informações em saúde do trabalhador;
- e)promoção da implantação de sistemas e programas de gestão da segurança e saúde nos locais de trabalho;
- f)reestruturação da formação em saúde do trabalhador e em segurança no trabalho e o estímulo à capacitação e à educação continuada de trabalhadores; e
- g)promoção de agenda integrada de estudos e pesquisas em segurança e saúde no trabalho. (BRASIL, 2011).

Na realidade em que vivemos de muitos trabalhadores adoecidos devido ao labor, em alguns casos afastados pelo adoecimento ou por ter sofrido acidente enquanto trabalhava essas políticas surgem com esperança de promover ações mais efetivas para a garantia e promoção da saúde desses profissionais.

Outra proposta para a saúde trabalhador são os Centros de Referência em saúde do Trabalhador (CEREST) especializados em Saúde do Trabalhador tem a finalidade de ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores (RENAST), integrando os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) , voltados à assistência e a vigilância tendo como objetivo atuar, prevenindo, controlando e enfrentando, de forma estratégica, integrada e eficiente, os problemas de saúde coletiva como as mortes, acidentes e doenças relacionados com o trabalho. (PLATAFORMA RENAST, 2018).

O surgimento do CEREST foi resultado de uma parceria do Ministério da Saúde com os diversos segmentos da sociedade, como as Secretarias Estaduais e Municipais de saúde e os Sindicatos de Trabalhadores. Para propor melhores condições na vida dos trabalhadores tais como a qualidade de vida para os trabalhadores e o ganho social de não ter vítimas decorrentes de acidentes e de doenças relacionados ao trabalho onde as causas são passíveis de prevenção em sua maioria, além de minimizar os gastos assistências, previdenciários e indenizatórios decorrentes dos agravos à saúde dos trabalhadores. (SECRETARIA DA SAÚDE, 2019).

O CEREST é regulamentado pela Portaria Nº 2.728, De 11 De Novembro De 2009 que dispõe sobre a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) e das outras providencias:

Art. 7º O CEREST tem por função dar subsídio técnico para o SUS, nas ações de promoção, prevenção, vigilância, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais.

§ 1º Poderão ser implantados CERESTs, de abrangência estadual, regional e municipal.

§ 2º A implantação de CERESTs de abrangência municipal está condicionada a uma população superior a 500 mil habitantes.

§ 3º Os CERESTs habilitados de abrangência regional somente poderão alterar sua área de abrangência mediante prévia aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

§ 4º Os CERESTs não poderão assumir as funções ou atribuições correspondentes aos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) ou similar, tanto do setor público quanto do privado.

Art. 8º Definir que o controle social nos serviços que compõem a RENASt, com a participação de organizações de trabalhadores e empregadores, se dê por intermédio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, previstos na Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, bem como por meio das Comissões Intersetoriais de Saúde do Trabalhador (CIST) vinculadas aos respectivos Conselhos.

Art. 9º Estabelecer que, após o cumprimento dos procedimentos para habilitação dos novos CERESTs, de acordo com a Portaria Nº 598/GM, de 23 de março de 2006, deva ser encaminhada à SVS, por meio de ofício do Gestor, cópia da publicação da resolução da CIB que aprovou a implantação do CEREST.

§ 1º A implantação do serviço deverá ser atestada pelo gestor estadual do SUS, por meio de visita técnica, pela inscrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e pela alimentação do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), no prazo de noventa 90 (noventa) dias após o recebimento do recurso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Para o desenvolvimento das atividades no CEREST é importante que os profissionais tenham experiência comprovada em serviços de Saúde do Trabalhador

ou especialização em Saúde Pública ou especialização em Saúde do Trabalhador. Isso é um pré-requisito da RENAST.

A composição mínima da equipe técnica é de 6 (seis) profissionais de nível superior, sendo:

- 02 médicos/20 horas semanais;
- 01 enfermeiro/40 horas semanais;
- 03 profissionais de nível superior de outras categorias (engenheiro, tecnólogo, médico veterinário, farmacêutico, fisioterapeuta, odontólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, entre outros)
- Ainda, mais 04 (quatro) profissionais de nível médio, sendo:
- 02 auxiliares de enfermagem;
- 02 profissionais de nível médio (técnico de segurança do trabalho e auxiliar de enfermagem do trabalho, entre outros) (SECRETARIA DA SAÚDE) –

A saúde do trabalhador para o Serviço Social é uma área que na atualidade tem apresentado muitas demandas para a profissão, devido o crescente número de trabalhadores adoecidos por causa do trabalho e na falta de políticas que assegurem os direitos do trabalhador.

Diante disso o papel do Assistente Social é intervir nessa realidade com estratégias que proporcione melhores condições para o trabalhador, na “defesa e no controle social de políticas públicas, bem como ao fortalecimento da organização social dos trabalhadores e a incorporação nas pautas coletivas de necessidades voltadas para a saúde e a proteção social e do trabalho”. (MENDES, WÜNSCH 2011 p. 463).

Nesse contexto percebe-se o (des)cuidado com o trabalhador relacionado á políticas sociais que assegurem a garantia dos seus direitos como classe trabalhadora. Sendo assim em relação ao papel do Assistente Social frente a essa situação MENDES E WÜNSCH (2011 p.479 ) fazem a seguinte afirmação:

Portanto, as mediações políticas, teóricas e metodológicas processadas pelo assistente social na sua imersão na área da saúde do trabalhador expressam amplas possibilidades, as quais devem ser construídas a partir da participação das forças políticas, de estabelecer mecanismos que

superem a fragmentação das políticas específicas e transversais da saúde do trabalhador, reconhecimento e elevação do papel do Estado, na ampla necessidade de compreender que só há efetivo desenvolvimento social à luz do reconhecimento da defesa do trabalho e da saúde.

Em relação a estratégias para a saúde do trabalhador o Assistente Social pode propor espaços nas instituições que possibilitem a articulação com a rede da Saúde, Previdência, Assistência Social, proporcionar momentos de interação com diversas instituições públicas e outros serviços que cuidam da saúde do trabalhador como o CERESTE, Ministério da Saúde- SUS, Vigilância Sanitária, Ministério Público do Trabalho entre outros com o objetivo de criar vínculos, apresentar esses serviços para as instituições, pois muitos trabalhadores não tem conhecimento dos serviços que são oferecidos na rede e atuarem de modo integrado para a promoção da saúde do trabalhador.

Essas estratégias possibilitam a troca de conhecimento em busca de melhorias e na prevenção na saúde do trabalhador. A criação desses espaços é importante para dialogar sobre as Leis trabalhistas, as políticas sociais que asseguram os direitos do trabalhador, permitir que os trabalhadores tragam suas demandas, ideias possibilitando um espaço de construção coletiva em busca de estratégias para melhores condições de vida desses trabalhadores através da garantia dos seus direitos.

O trabalho do Assistente Social é fundamental para viabilizar o acesso aos serviços e benefícios contribuindo para a consciência do cuidado com a saúde do trabalhador.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho sempre fez parte da vida do homem, é fundamental para sua subsistência, é por meio do trabalho que homem adquire seus bens, podendo satisfazer as suas necessidades.

Ao longo do tempo o trabalho foi mudando, principalmente com o início da Revolução Industrial. A partir do século XVII o mundo do trabalho sofreu algumas mudanças que afetaram a vida dos trabalhadores. Esse período foi caracterizado pelos avanços tecnológicos, com isso o trabalho que era rural passou a ser substituído pelas máquinas. Esse novo modelo afetou diretamente a vida dos trabalhadores, pois o trabalho era precário, jornadas longas, baixo salário sendo submetidos a péssimas condições. Sendo assim percebe-se que o trabalho é uma questão que existe há muito tempo e interfere na saúde do trabalhador tanto na parte, física quanto na psicológica.

Diante desse cenário de muitas transformações no âmbito da saúde também houveram mudanças significativas. Sendo assim a Reforma Sanitária nos anos 70 teve um papel importante para buscar melhorias na condição de vida da população tendo em vista a universalização do direito à saúde. Além disso foi nesse contexto que surgiu o Sistema Único de Saúde previsto na Lei 8.080/90 com objetivo de criar um sistema público que possibilitasse o acesso igualitário para todos que dela necessitassem.

As mudanças na área da saúde continuaram com a Reforma Psiquiátrica que tinha propostas para romper com o modelo de atenção na saúde mental, dentro dessas propostas surgiram os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com o objetivo de mudar o atendimento as pessoas com transtorno mental, proporcionando um tratamento mais humanizado.

O trabalho no CAPS é complexo e desafiador pois os trabalhadores além de lidar com o transtorno mental, muitas vezes enfrentam dificuldades relacionadas a organização do trabalho que acabam influenciando diretamente na sua saúde, nesse contexto são inúmeros os fatores que causam o adoecimento dos trabalhadores.

O presente trabalho traz uma reflexão sobre o processo de adoecimento dos trabalhadores, mostrando que as condições de trabalho afetam diretamente na saúde do trabalhador ocasionando o adoecimento.

Diante dessa realidade percebe-se que é preciso cuidar da saúde do trabalhador, criar estratégias, ações, estar reforçando as leis que asseguram os direitos dos trabalhadores em busca de melhores condições para esse trabalhador.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Org.). Ensaio: Subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: **ed. Fiocruz**, 2000. 316 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/htjgj/pdf/amarante-9788575413197.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2019.

ANTUNES RICARDO; DRUCK GRAÇA **A Terceirização Como Regra?**,2013 Disponível em <[https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/55995/011\\_antunes\\_druck.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/55995/011_antunes_druck.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 14 de out. de 2019.

ANTUNES RICARDO; PRAU LUCI **A sociedade dos adoecimentos no trabalho**,2015. Disponível<<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n123/0101-6628-sssoc-123-0407.pdf>>. Acesso em 14 de out. de 2019.

AROUCA, A.S. **A Reforma Sanitária Brasileira**. Tema – Radis, n.11, p.2-4, nov., 1988.

BASIGLIA, F. **A Instituição Negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.  
BITTENCOURT, Rita de Cassia Barcellos; MARINHO, Lionara de Cassia Paim. **Delicadas tecituras: a construção de uma rede de saúde mental**. Curitiba: Cvr, 2016. 118 p.

BRASIL, Ministério da saúde Portaria Nº 3.336, 19 de Fevereiro De 2002. **Lei 10.216**. Disponível Em : <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt033619\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt033619_02_2002.html)>. Acesso em: 02 de nov. de 2019.

BRASIL, Presidência da Republica Casa Civil **Lei nº 8080**, 19 de Setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 03 de agosto de 2019.

BRASIL. Portaria n 2.728, 11 de novembro de 2009. Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e dá outras providências. **Ministério da Saúde**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728\\_11\\_11\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2728_11_11_2009.html)>. Acesso em 05 de nov. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Política Nacional de Promoção á Saúde. **Ministério da Saúde**, Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL.Constituição(1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada dia 5 de Outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em 04 de out. de 2019.

CARVALHO, Antônio Ivo de, BARBOSA, Pedro Ribeiro 2010. **Política e Saúde Fundamentos Diretrizes do SUS**. Brasília, 2010.

CATANI, Afranio Mendes; GENNARI, Adilson Marques. **O que é capitalismo**. 7. ed. São Paulo: Brasiliense, 2004. Cap. 3. p. 8-117.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIOS DE SAÚDE - CONASS 2011 – 1ª Edição – **A Coleção Para Entender a Gestão do SUS**, 2011.

DEJOURS, Christophe. **A Loucura Do Trabalho: A psicopatologia do Trabalho**. São Paulo, 1998. Disponível em  
:<[https://www.crarj.adm.br/publicacoes/acervo\\_digital/christophe\\_dejours/A\\_Loucura\\_do\\_Trabalho/index.html](https://www.crarj.adm.br/publicacoes/acervo_digital/christophe_dejours/A_Loucura_do_Trabalho/index.html)>. Acesso em 3 de Agosto de 2019.

FERRER, Ana Luiza. **Sofrimento Psíquico dos Trabalhadores Inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial: entre o prazer e a dor de lidar com a loucura**. 2007. 136 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. Disponível em:  
<<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/311874>>. Acesso em: 15 nov. 2019.

GONÇALVES A. M.; SENA, R. R. Reforma Psiquiátrica No Brasil: Contextualização e Reflexos Sobre o Cuidado Com o Doente Mental na Família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, 2001. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>>. Acesso em: 10 de agosto de 2019.

GUIMARAES, Jose Maria Ximenes; JORGE, Maria Salete Bessa; ASSIS, Marluce Maria Araujo. **Insatisfação com o trabalho em saúde mental: Um estudo em Centros de Atenção Psicossocial**. 2009. Disponível em:  
<[https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v16n4/v16n4a14.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n4/v16n4a14.pdf)>. Acesso em: 04 set. 2008.

LUZ, Madel Therezinha. Notas Sobre As Políticas De Saúde No Brasil de Transição Democrática - anos 80. **Revista saúde coletiva**, 1991.

MACHADO, Aline Gonçalves; MERLO, Álvaro Roberto Crespo. Cuidadores: Seus amores e suas dores. **Psicologia e Sociedade**., Florianópolis 2008. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822008000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07 out. 2019.

MALBINO. **CEREST: -O que é? Para que serve?**. 20015. Disponível em:  
<<https://segrabcampo.blogspot.com/search?q=cerest>>. Acesso em: 07 out. 2019.

MARX., Carl. **O Capital Crítica a Uma Economia Política: O Processo de Produção do Capital**. Disponível <<https://coletivocontracorrente.files.wordpress.com/2013/10/tmpsq7jbv.pdf>>. Acesso em: 14 de out. de 2019.

MENDES, Jussara Maria Rosa; WUNSCH, Dolores Sanches. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Revista Serv. Soc. Soc** 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300005&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300005&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 04 de Set. de 2019

MIELKE, Fernanda Barreto et al. Jacó Fernando Schneider: A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Revista eletrônica de enfermagem**. Porto Alegre 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a23.htm>>. Acesso em 20 out. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Redes de Atenção Psicossocial**. 2019. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS: Os centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2004. 86 p. Disponível em: <[cs.saude.gov.br/saude-mental/pdf/sm\\_sus.pdf](cs.saude.gov.br/saude-mental/pdf/sm_sus.pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (**OPAS**). 2016. Disponível <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5263:op-as-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5263:op-as-oms-apoia-governos-no-objetivo-de-fortalecer-e-promover-a-saude-mental-da-populacao&Itemid=839)> Acesso em: 20 de nov. de 2019.

PLATAFORMA RENAST ON LINE. **Centro de Referência em Saúde do Trabalhador**. 2018. Disponível em: <<https://renastonline.ensp.fiocruz.br/temas/centro-referencia-saude-trabalhador-cerest>>. Acesso em: 04 out. 2019.

POLIGNANO, Marcos Vinicius. **Histórias das Políticas de Saúde Mental no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, 2001.

REBOLI, Karla Garcia; KRUGER, Tania Regina. **Participação e Saúde Mental: as Conferências Nacionais de Saúde Mental**. 2013. Florianópolis. Disponível em: <<http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Participa%C3%A7%C3%A3o-e-Sa%C3%BAde-Mental-as-Confer%C3%AAs-nacionais-de-sa%C3%BAde-mental.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2019.

RIBEIRO, Mara Cristina. Trabalhadores do Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas, Brasil: interstícios de uma nova prática. 2015. **Revista comunicação saúde e educação**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v19n52/1807-5762-icse-19-52-0095.pdf>>. Acesso em: 19 nov. 2019.

SANTOS, Pedro Antonio N. dos; MIRANDA, Marlene B. S. O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa. **Revista escola de medicina e saúde 15 pública**, 2015, s/n, s/v, s/p. Disponível em: <<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/366/1/O%20PERCURSO%20HISTORICO%20DA%20REFORMA%20PSIQUIATRICA%20ATE%20A%20VOLTA%20PARA%20CASA.pdf>>. Acesso em: 01 de agosto de 2019.

SCLIAR, M., **Do mágico ao social a Trajetória da Saúde Pública**, p.58. Porto Alegre: L& PM Editores, 2002.

SECRETARIA DA SAÚDE, **O que são CEREST's**. Curitiba. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?%20conteudo=331>>. Acesso em: 03 nov. 2019.

SILVA, Elisa Alves da; COSTA, Ileno Izídio da. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/Go. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 83-106, jun. 2008 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-11682008000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 08 set. 2019.

TRABALHO, Blog Segurança no. **PNSST: Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho**. 2019. Disponível em: <<https://www.blogsegurancadotrabalho.com.br/2016/02/pnsst-politica-nacional-seguranca-saude-trabalho.html>>. Acesso em: 29 nov. 2019.

ZAVATTARO, Hely Aparecida; BENZONI, Paulo Eduardo. **A Relação Do Homem Com O Trabalho E As Organizações**. 2013. Disponível em: <<https://docero.com.br/doc/s5scnn>>. Acesso em: 02 set. 2019.