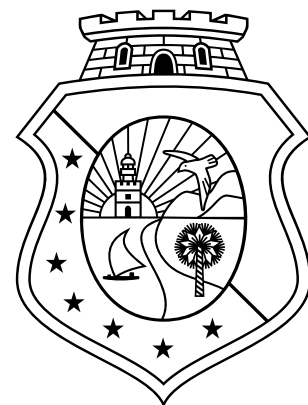


LINHA DE CUIDADO
PARA A ATENÇÃO INTEGRAL AO(A)
TRABALHADOR(A) COM
TRANSTORNO MENTAL
RELACIONADO AO TRABALHO

FORTALEZA - CEARÁ **2023**



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE



CEARÁ

GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE

Elmano de Freitas da Costa
Governador do Estado

Jade Afonso Romero
Vice-governadora

Tânia Mara Silva Coelho
Secretária de Saúde

Maria Valdelice Mota
Secretária Executiva de Políticas de Saúde

Antônio Silva Lima Neto
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

Joana Gurgel Holanda Filha
Secretária Executiva de Atenção
à Saúde e Desenvolvimento Regional

Maria Aparecida G. Rodrigues Façanha
Secretária Executiva de Planejamento e Gestão Interna

Luiz Otávio Sobreira Rocha Filho
Secretário Executivo Administrativo-financeiro

ORGANIZAÇÃO

Denise Coelho de Souza
Centro Estadual de Referência em Saúde
do Trabalhador e da Trabalhadora - CEREST/CE

Eline Mara Tavares Macêdo
Centro Estadual de Referência em Saúde
do Trabalhador e da Trabalhadora - CEREST/CE

Maxmiria Holanda Batista
Núcleo de pesquisa Trabalho, ambiente, saúde
e subjetividades - TRASSUS/UFC

EQUIPE TÉCNICA DE ELABORAÇÃO

Ângela Maria Uchôa Rodrigues
Célula de Vigilância em Saúde do Trabalhador
e da Trabalhadora - CEVIT

Luana Barreto de Araújo
Centro Estadual de Referência em Saúde
do Trabalhador e da Trabalhadora - CEREST/CE

Midiã Farias da Silva Barbosa
Centro Estadual de Referência em Saúde
do Trabalhador e da Trabalhadora - CEREST/CE

COLABORADORES

Ana Caroline Leite Aguiar

Cláudio Roberto Freire de Azevedo

Eugênio de Moura Campos

Fernanda Cândido Santos Euzébio

Francisco Drumond Marcondes de Moura Neto

Jane Mary de Miranda Lima

José Jackson Coelho Sampaio

Luis Lopes Sombra Neto

Luciene Alice da Silva

Mike Douglas Lopes Fernandes

Maria do Socorro de Sousa

Maria do Socorro Távora Soares

Natália Barreto de Castro

Raimunda Felix de Oliveira

Rafael Ayres de Queiroz

Roberta de Paula Oliveira

Talita de Lemos Araújo

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

L727 Linha de cuidado para a atenção integral ao(à) trabalhador(a) com transtorno mental relacionado ao trabalho/ Organizadoras, Denise Coelho de Souza, Eline Mara Tavares Macêdo, Maxmiria Holanda Batista. - Fortaleza: Governo do Estado do Ceará, Secretaria da Saúde, 2023.
59 p. : il. color.
ISBN 978-65-00-71632-0

1. Transtornos Mentais. 2. Saúde Ocupacional. 3. Atenção à Saúde. I. Souza, Denise Coelho de (org.). II. Macêdo, Eline Mara Tavares (org.). III. Batista, Maxmiria Holanda (org.).

CDD 362.1

LISTAS DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1. Transtornos mentais e de comportamento relacionados ao trabalho e respectivos códigos da CID-10 e agentes ou fatores de risco.

QUADRO 2. Indicadores e parâmetros propostos pela AMA quanto à disfunção ou deficiência causadas pelos transtornos mentais e do comportamento.

QUADRO 3. Atitudes que caracterizam o assédio moral.

QUADRO 4. Sala de situação da RAPS Ceará.

QUADRO 5. Matriz de Competência dos níveis de atenção para a saúde mental do(a) usuário(a) trabalhador(a).

QUADRO 6. Equipes para acompanhamento de usuários(as) com TMRT

QUADRO 7. Sumário da estratificação de risco em Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho.

FIGURA 1. Distribuição das notificações de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho no SINAN no Estado do Ceará do período de 2008 a 2022.

FIGURA 2. Fluxo do atendimento ao(a) usuário(a) trabalhador(a) com transtorno mental relacionado ao trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACO - Anamnese Clínico Ocupacional

AMA - Assistência Médica Ambulatorial

ANAMT - Associação Nacional de Medicina do Trabalho

APS - Atenção Primária à Saúde

BVS - Biblioteca Virtual da Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

CEVIT - Célula de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

COPOM - Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental

COVAT - Coordenadoria de Vigilância em Saúde Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

DATAPREV - Empresa de tecnologia e Informação da Previdência Social

DSM - Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

EACT - Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho

ECHT - Escala de Custo Humano do Trabalho

EIPST - Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho

EADRT - Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho

EMAESM - Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental
GT - Grupo de Trabalho

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IPECE - Instituto de Pesquisa do Ceará

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEAO - População Economicamente Ativa Ocupada

PESMAD - Política Estadual de Saúde mental, Álcool e Outras Drogas

PMEs - Pequenas e médias empresas

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RENAST - Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora

RT - Referência técnica em Saúde do Trabalhador

SESA - Secretaria Estadual de Saúde do Ceará

SESMT - Serviço Especializado em Medicina e Segurança do Trabalho

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos

SST - Saúde e Segurança no Trabalho

ST - Saúde do Trabalhador

SUS - Sistema Único de Saúde

TEPT - Transtorno de Stress Pós-traumático

TM - Transtorno Mental

TMRT - Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho

UA - Unidade de Acolhimento

VAPT - Vigilância nos Ambientes e Processos de Trabalho

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	04
2. INTRODUÇÃO	05
3. OBJETIVOS	07
4. PERCURSO METODOLÓGICO	08
4.1. Processo de elaboração da linha de cuidado	08
5. LINHA DE CUIDADO TMRT	09
5.1. Adoecimento mental relacionado ao trabalho	10
5.2. Investigação diagnóstica dos transtornos mentais e sua relação com o trabalho	13
5.3. Fatores de risco para a saúde mental relacionados ao trabalho	15
6. ESTRATÉGIA PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR	16
6.1. Rede de Atenção Psicossocial em Saúde - RAPS e sua interface com a RENAST	16
6.2. Pontos de atenção da linha de cuidado	17
6.2.1. Atenção primária à saúde	17
6.2.2. Atenção secundária à saúde	19
6.2.3. Atenção terciária à saúde	25
6.3. Fluxo do atendimento ao trabalhador com transtorno mental relacionado ao trabalhador nas redes de atenção	30
7. INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO TMRT	31
7.1. Estratificação do risco em TMRT	31
7.2. Notificação compulsória no Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN do TMRT	32
7.3. Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA)	34
7.4. Questionário de identificação de transtornos mentais comuns - Self-report Questionnaire – SRQ-20	34
7.5. Roteiro de investigação de agravos à saúde mental relacionados ao trabalho	35
7.6. Job Content Questionnaire - JCQ	35
7.7. Critérios diagnósticos de transtorno de estresse pós-traumáticos - TEPT	35
8. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO TMRT E PROTEÇÃO DA SAÚDE DO(A) USUÁRIO(A) E TRABALHADOR(A)	35
9. REFERÊNCIAS	38
ANEXOS	
1. Inventário de trabalho e riscos de adoecimento - ITRA	43
2. Questionário de identificação de transtornos mentais comuns (self-report questionnaire – SRQ-20)	47
3. Roteiro de investigação de agravos à saúde mental relacionados ao trabalho	48
4. Job Content Questionnaire - JCQ	51
5. Critérios diagnósticos de transtorno de estresse pós-traumático	55
6. Ficha individual de notificação TMRT – SINAN	56
7. Instruções para preenchimento da Ficha individual de notificação TMRT – SINAN	57

01 APRESENTAÇÃO

O mundo do trabalho na contemporaneidade gera impactos significativos na saúde física e mental dos(as) trabalhadores(as), pois é marcado pela precarização das relações e condições laborais. Os adoecimentos mentais relacionados ao trabalho continuam em crescimento, configurando-se como um importante problema de saúde pública na atualidade. Tal fato aponta a importância do Sistema Único de Saúde - SUS aproximar a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - PNSTT com a Política Nacional de Saúde Mental - PNSM, por meio da articulação de seus dispositivos, a Rede de Atenção à Saúde Mental - RAPS e os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST, ambas componentes da Rede de Atenção à Saúde - RAS, objetivando um direcionamento e cuidado aos trabalhadores acometidos por Transtornos Mentais e de Comportamento Relacionado ao Trabalho - TMRT.

Diante deste contexto, almejando concretizar, implementar e fortalecer o cuidado ao(a) usuário(a) trabalhador(a) com sofrimento psíquico relacionado ao trabalho em todos os níveis de complexidade da RAS, a Secretaria Estadual de Saúde - SESA por meio da Coordenadoria de Vigilância Ambiental e Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - COVAT, da Célula de Vigilância em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CEVIT e do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora - CEREST, em parceria com a Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas - COPOM, o Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, o Grupo de Pesquisa Vida e Trabalho da Universidade Estadual do Ceará e o Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário Walter Cantídio, elaboraram, atualizaram e revisaram a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral ao(a) Trabalhador(a) com Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho”.

O conteúdo deste documento traz caminhos para o cuidado do(a) usuário(a) trabalhador(a) na RAS, com orientações técnicas aos profissionais de saúde para contribuir na identificação das relações entre transtorno mental e trabalho, facilitando o diagnóstico, manejo, a notificação do agravo no Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN, a promoção da saúde mental do(a) trabalhador(a), a prevenção dos transtornos mentais relacionado ao trabalho, ampliando também as possibilidades de proteção e cuidados com os(as) usuários(as) trabalhadores(as) e o monitoramento dos indicadores de saúde dos trabalhadores, integradas às políticas públicas, programas e projetos prioritários.

O instrumento de estratificação de risco e manejo clínico em saúde mental vem proporcionar um diálogo mais aberto para RAS, a fim de facilitar identificação e condutas adequadas para promover um cuidado integral à população que sofre com transtornos mentais, sobretudo aqueles pertinentes ao foco desta linha de cuidado, quando relacionados ao trabalho na tentativa de reconhecê-los em suas especificidades e como cidadãos portadores de direito à atenção qualificada e integral, por meio de processos contínuos de construção, desconstrução e reconstrução dos modos de fazer e pensar a saúde.

Assim, esta linha de cuidado constitui-se em uma importante ferramenta para orientar gestores e profissionais de saúde, possibilitando ampliar a integração entre a vigilância em saúde e a assistência, com o propósito de garantir o desenvolvimento de ações permanentes para a atenção integral à saúde mental do(a) usuário(a) trabalhador e da trabalhadora com TMRT.

Antônio Silva Lima Neto
Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

02 INTRODUÇÃO

A precarização social do trabalho produz processos complexos que se materializam em condições de trabalho e de emprego precárias, de permanente insegurança e vulnerabilidade frente, sobretudo, à possibilidade de desemprego, desigualdades sociais, intensificação do trabalho, terceirização, insegurança, múltiplas exposições ocupacionais, longas jornadas, ausência de poder de decisão na realização das tarefas, repetitividade e monotonia. Isso resulta no avanço dos transtornos mentais e comportamentais relacionados ao trabalho (FRANCO, 2010; ARAÚJO, 2017).

Deste modo, em cenário de mudanças econômicas representadas por aumento do desemprego, redução da renda individual e familiar, deterioração da rede de apoio social e precariedade da seguridade social, aumenta a gravidade dos quadros psiquiátricos relacionados ao trabalho e das síndromes psíquicas reativas aos variados estressores psicossociais, resultando em síndromes de ansiedade, depressão e burn out (JARDIM, RAMOS E GLINA, 2014).

Os diversos serviços de saúde que compõem as redes de atenção têm um papel fundamental na identificação, encaminhamento e notificação dos TMRT bem como dos fatores determinantes ou contribuintes para sua ocorrência. No caso da saúde mental, há lacunas importantes tanto no que se refere ao dimensionamento do problema (a subnotificação é característica marcante no seu monitoramento), quanto na identificação e atuação sobre os fatores que produzem esses eventos (exposição). Destaca-se o papel da Atenção Primária à Saúde - APS, principal porta de entrada do sistema; dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS; dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST; das unidades hospitalares e de urgência/emergência, onde frequentemente são atendidos os casos mais graves de transtornos mentais e de violências no trabalho.

O conceito de fatores de riscos psicossociais considera que recorrentes impactos de fatores patogênicos psicológicos e sociais podem ensejar diversos agravos à saúde física e mental dos(as) usuários(as) trabalhadores(as) e influenciam na qualidade de vida e do trabalho. Neste sentido, ratifica-se a importância de identificar, compreender e classificar estes riscos, uma vez que esta maneira tem trazido contribuições importantes ao analisar as formas de organização do trabalho e dificuldades que impedem o trabalhador de manter seu bem estar e saúde mental (DEJOURS, 2011).

Recentemente, diante da realidade da pandemia de COVID-19, ficou evidente que há grupos com maior risco de adoecimento mental, por exemplo, os trabalhadores da saúde que foram e são expostos aos estressores psicossociais no ambiente de trabalho, como o medo de transmissão do novo vírus para os familiares e a vivência do luto (ACIOLI, et al, 2022).

Inúmeras portarias, decretos e leis buscam garantir a segurança e saúde dos trabalhadores, à exemplo da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (Anexo 1 do Anexo XV da Portaria de Consolidação n.º 2) (BRASIL, 2017), a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (Decreto nº 7.602/11), o Protocolo – Nº 008 /2011, que Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde - SUS e as normas regulamentadoras. Os riscos psicossociais no trabalho estão associados a resultados negativos de saúde mental, e segundo o Mental Health at Work (2022), há uma escassez de monitoramento e avaliação desses riscos em virtude da deficiência de normas regulamentadoras.

Vale ressaltar que os governos também têm um papel na construção de capacidades para a gestão de risco psicossocial nos serviços de saúde ocupacional. Torna-se relevante fortalecer o papel desses serviços na prevenção, monitoramento e implementação das ações corretivas para danos causados por riscos psicossociais, especialmente para apoiar empregadores com poucos recursos, como Pequenas e Médias Empresas - PMEs. As organizações de empregadores e de trabalhadores também têm um papel fundamental no apoio à implementação de regulamentos de Saúde e Segurança no Trabalho - SST sobre a saúde mental no trabalho.

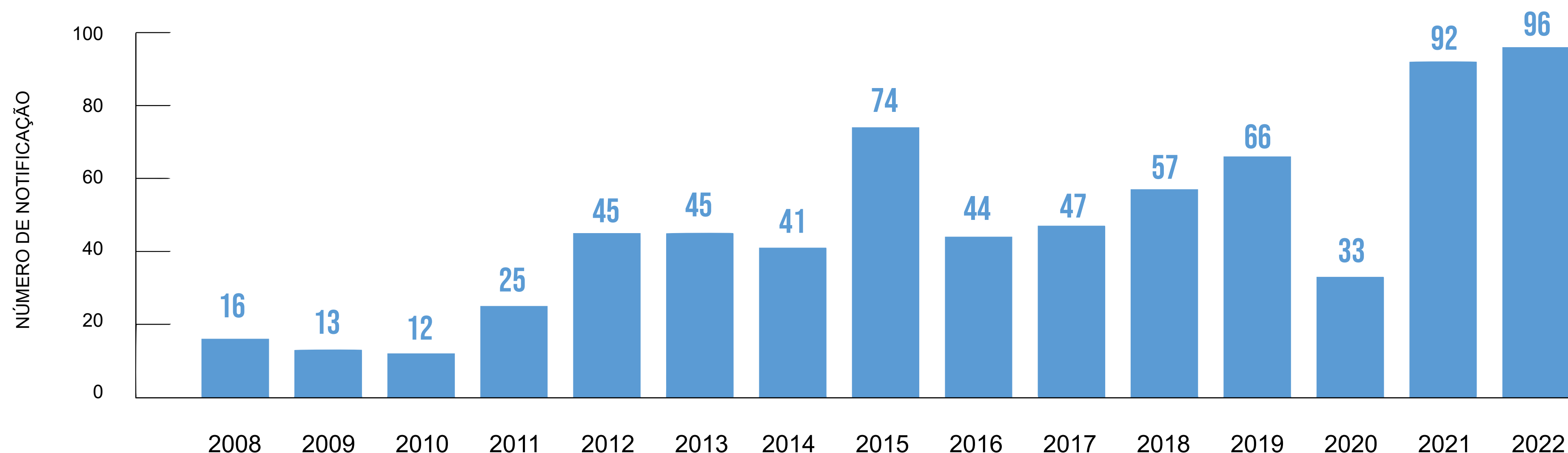
Apesar das inúmeras evidências de que as condições de trabalho na atualidade geram adoecimento mental nos(as) trabalhadores(as), as políticas públicas que abordam essa temática ainda são frágeis no Brasil (SOUZA, 2019). Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, cerca de 720 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais ou de comportamento, 264 milhões de pessoas sofrem de depressão, o que revela como uma das principais causas de incapacidade. Atualmente, a depressão grave situa-se em 4º lugar entre as 10 principais causas da carga patológica mundial. Além disso, existem dados alarmantes em relação ao comportamento suicida, em que cerca de um milhão de pessoas comete suicídio anualmente; e entre 10 a 20 milhões tentam suicídio (OMS, 2022).

Estudos internacionais apontam que aproximadamente metade da população mundial é afetada por algum tipo de doença mental ao longo da sua vida. As psicopatologias e os complexos sintomáticos relacionados ao trabalho são o segundo agravo à saúde de maior prevalência entre os(as) trabalhadores(as), ficando atrás apenas dos distúrbios musculoesqueléticos (VIANA, 2009; OIT, 2016; ILO, 2012; OSHA, 2014; LEKA, 2017).

Segundo o Global Burden of Disease Study (2015), no Brasil, apesar da baixa taxa de mortalidade, observa-se alta carga das doenças - DALY para os Transtornos Mentais - TM desde 1990, com altas estimativas de anos vividos com incapacidade - YLD. Em 2015, os TM ocuparam a 3ª e 1ª posições na classificação de DALY e YLD, respectivamente, com destaque para os transtornos de ansiedade e depressão, sendo responsáveis por 9,5% do total de DALY (BONADIMAN, et al., 2017).

O Brasil é o segundo país com maior número de pessoas com transtorno depressivo nas Américas, com 5,8% da população, ficando atrás somente dos Estados Unidos, com 5,9% de indivíduos com diagnóstico de depressão. O Brasil também é o país com maior prevalência de ansiedade no mundo: 9,3% (HURSO, 2020). Em relação aos TMRT, no quinquênio 2012 e 2016 foram registrados 668.927 casos na previdência social (BRASIL, 2017; ANAMT, 2020; SILVESTRE, 2012).

FIGURA 1. Distribuição das notificações de Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho no SINAN, Ceará, 2008 a 2022



Fonte: SINAN/SESA/COVAT (banco de dados atualizados em 20 de outubro de 2022). Dados sujeitos a alterações.

Conforme dados da Secretaria de Saúde - SESA do Ceará, em uma série histórica de treze anos, foram notificados entre o período de 2008 a 2022 um total de 684 casos de TMRT no Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN. Ainda conforme os dados do SINAN, no Ceará, o ano de 2021 foi o ano com maior registro de casos, com 91 notificações, já o ano de 2020, início da pandemia de Covid-19, registrou apenas 33 casos, o que permite deduzir uma possível subnotificação de casos de TMRT, visto que houve um aumento de adoecimentos mentais dos(as) trabalhadores(as) não somente no Ceará, mas no mundo inteiro, em virtude da pandemia da Covid-19.

O sub registro se torna evidente quando são comparados os dados de transtornos mentais do SINAN com os do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Conforme os dados do INSS, no ano de 2020, cerca de sete mil pessoas foram afastadas de suas funções e receberam auxílio-doença ou auxílio por acidente devido a transtornos mentais no estado do Ceará, e no ano de 2021, aproximadamente cinco mil pessoas foram afastadas pelos mesmos motivos. As principais causas mentais de auxílios-doença no Ceará em julho de 2022 foram: os Transtornos de Humor, incluindo as depressões (438); Transtornos ansiosos (363); Dependência química (68) (DATAPREV, 2022).

Para ampliar o olhar epidemiológico sobre os transtornos mentais relacionados ao trabalho, é fundamental a notificação da doença no SINAN, porém este ainda é um desafio encontrado pela vigilância em saúde, pois muitos profissionais da RAS têm dificuldade em estabelecer a relação do transtorno mental com o trabalho, bem como desconhecem o fluxo para a notificação e manejo de cuidados para o(a) usuário(a) trabalhador(a) com transtorno mental e ou do comportamento relacionado ao trabalho.

Segundo o Instituto de Pesquisa do Ceará, o Estado possui uma População Economicamente Ativa Ocupada (PEAO) de 3.359.716 de trabalhadores (IPECE, 2019). Portanto, há uma diversidade de trabalhadores que podem ser mais vulneráveis ao adoecimento mental relacionado ao trabalho considerando a exposição aos riscos físicos, químicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes, que poderão acarretar diversos problemas psicopatológicos (BAHIA, 2014).

Dejours (1992) define que o trabalho nunca será neutro em relação à nossa saúde. Mostra-se, por um lado, como gerador de sofrimento ou adoecimento e, por outro, também carregado de sentido de autor realização e vivências de prazer. Para o autor, o adoecimento resulta da organização do trabalho, que envolve o ambiente físico, químico, biológico, condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho, além da divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as formas de exploração, as modelagens de responsabilidades e de comunicação.

Visando fortalecer o cuidado ao(a) usuário(a) trabalhador(a), a Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas (PESMAD) do estado do Ceará reforça a relevância da assistência à saúde mental por meio da Elaboração e priorização das linhas de cuidado visando a melhoria da assistência ao paciente (CEARÁ, 2022). As linhas de cuidado também estão previstas no Plano Estadual de Saúde do quadriênio 2020-2023, tornando-se imprescindível a priorização de ações de vigilância, atenção, cuidado à saúde, conforme preconizado pela Portaria GM/MS nº 1.823/2012 da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - RENAST.

Configurar-se-á um grande avanço para a RENAST/CE a construção de uma “Linha de Cuidado para a Atenção Integral ao(à) Trabalhador(a) com Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho”. Por meio desta, será viabilizada a implementação de ações voltadas ao cuidado das trabalhadoras e dos trabalhadores, com foco na melhoria da atenção integral à saúde e qualidade de vida.

03 OBJETIVOS

GERAL

Fortalecer a linha de cuidado voltada aos(às) usuários(as) com transtorno mental relacionado ao trabalho por meio da melhoria da qualidade assistencial em rede.

ESPECÍFICOS

Subsidiar os profissionais da Rede SUS a identificação de aspectos relacionados com as condições e a organização do trabalho;

Fortalecer a notificação do TMRT;

Estabelecer classificação e estratificação de risco em Saúde Mental do(a) usuário(a) trabalhador(a);

Implantar fluxograma para o(a) usuário(a) trabalhador(a) com TMRT nos diversos pontos da rede de atenção;

Incentivar práticas de promoção à saúde mental dos(as) trabalhadores(as) e na prevenção de transtorno mental relacionado ao trabalho.

04 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. PROCESSO DE ELABORAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO

Os potenciais usuários desta linha de cuidados são profissionais e gestores da rede de atenção à saúde.

Esta linha de cuidado foi elaborada por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais da atenção especializada em saúde do(a) trabalhador(a) e em saúde mental, gestão da saúde mental, representantes das universidades, especialistas e consultores com experiência em metodologia de elaboração da linha de cuidado. O processo de elaboração da linha de cuidado de transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho foi constituído por três etapas.

1º Etapa

A construção dessa linha de cuidado foi coordenado pelo CEREST Estadual e pela CEVIT, com a criação de um Grupo de Trabalho - GT com profissionais e gestores das cinco superintendências Regionais de Saúde - SR: Fortaleza, Sobral, Litoral Leste/Jaguaribe, Quixadá e Cariri. Ao todo foram realizados cinco encontros de GT no ano de 2021, iniciados em meados de julho e concluídos no início de novembro do mesmo ano, os encontros ocorreram de maneira remota por videoconferência.

A partir deste GT foi discutido o fluxo do cuidado do(a) usuário(a) trabalhador(a) com transtorno mental relacionado ao trabalho na RAS por região, objetivando conhecer a realidade do Estado do Ceará e elaborar uma linha de cuidado que possa orientar os gestores e profissionais em saúde desde o acolhimento, diagnóstico, notificação da doença, tratamento e acompanhamento do trabalhador e da trabalhadora.

Discutiu-se as potencialidades e fragilidades dentro da rede de atenção, objetivando ofertar o cuidado do trabalhador com TMRT de forma integral, bem como a notificação da doença. Após a discussão, foi realizada uma sistematização dos fluxos nas regiões, acrescentando-se ao fluxo as sugestões cabíveis.

Vale ressaltar, que para efetivação do fluxo de cuidado do trabalhador com TMRT é necessário a apropriação deste documento por meio dos dispositivos da Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) para toda rede de atenção do Estado do Ceará.

Portanto, os profissionais e gestores da Rede de Atenção à saúde serão os principais atores desta linha de cuidado e atuarão na perspectiva da gestão do cuidado em Saúde Mental de trabalhadoras e trabalhadores.

2º Etapa

Uma equipe de conteudistas iniciou revisão da literatura integrativa com seleção de conteúdos bibliográficos no campo da saúde mental e saúde do trabalhador. A ideia que orienta essa revisão da literatura é a busca de evidências teóricas que permitam compreender a temática do TMRT e caracterizar o fluxo do caminho para o cuidado. Esse processo ocorreu ao longo de sete encontros realizados em regime híbrido entre os meses de maio e junho do ano de 2022.

A revisão integrativa foi norteada por uma situação problema: Déficit de conhecimento dos profissionais da rede de atenção à saúde no estado do Ceará sobre o manejo e cuidado do trabalhador com transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho.

Foi realizada busca nas bases de dados Biblioteca Virtual da Saúde - BVS, LILACS, MEDLINE, SCIELO e outras bases de referências bibliográficas nacionais e internacionais.

Os descritores utilizados para a busca na literatura foram:

População Sujeito	Trabalhador; Trabalho; Assistência à Saúde Mental.
Exposição	Transtorno Mental; Fatores estressores do trabalho; cargas de trabalho; riscos de trabalho.
Desfecho	Linha de Cuidado - nexos técnico epidemiológico

Como critérios de inclusão, foram: o estudo tratar da relação entre assistência à saúde mental e trabalho e o texto ser completo. Os critérios de exclusão foram: o estudo não apresentar reflexões sobre linhas de cuidado; não analisar a exposição a riscos à saúde mental presentes nos ambientes de trabalho.

3º Etapa

Após a elaboração do conteúdo da linha de cuidado, foi realizada a validação e revisão para posterior publicação.

O processo de validação se deu com a avaliação de pesquisadores da Universidade Estadual do Ceará e gestores da Rede de Atenção à Saúde, considerando suas diferentes etapas, ao longo do processo e não apenas ao final da construção desta LC. Validar, nesse sentido, é fazer avaliação crítica da linha de cuidado, indagando acerca de sua origem e de seus interesses, com vistas à divulgação, em documento publicado pela Sesa Ceará.

05 LINHA DE CUIDADO TMRT

O estabelecimento de uma determinada linha de cuidado é uma das principais formas para a viabilização do conjunto de ações que visam à atenção integral de usuários do SUS. Vale ressaltar que a integralidade é um dos princípios do SUS que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção (KALICHMAN; AYRES, 2016). A construção de uma linha de cuidado em saúde mental do trabalhador e da trabalhadora envolve diversos aspectos, como, por exemplo, o que se entende por cuidado em saúde. Portanto, antes de desenvolver uma proposta de linha de cuidado, é importante que se possa apresentar o entendimento sobre o cuidado em saúde.

De acordo com Bottega (2016), o cuidado em saúde é uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como o “direito de ser”. Pensar no direito de ser na saúde é ter "cuidado" com as diferenças dos sujeitos, respeitando as relações de etnia, gênero e raça. Pensar o direito de ser é garantir acesso às outras práticas terapêuticas, permitindo ao usuário participar ativamente da decisão acerca da melhor tecnologia de cuidado a ser por ele utilizada.

Nesse sentido, o cuidado em saúde pressupõe a participação do usuário em seu tratamento, na forma do atendimento, na decisão acerca do que será feito em relação à sua saúde. Para Malta e Merhy (2010), o cuidado é, então, fruto das interações entre usuários, trabalhadores da saúde e instituições. Estas relações, interações e encontros vão produzir tratamento com qualidade que tem como componentes o acolhimento, o vínculo e o acompanhamento. Cuidado em saúde é tratar, respeitar e acolher com qualidade e resolutividade.

Fazem parte também do cuidado integral às atividades de matriciamento no campo da Saúde do Trabalhador, que podem ser consideradas como ações, a troca de saberes, a atenção compartilhada, o cuidado interdisciplinar e a educação permanente que facilitam a integração de responsabilidades por todos os atores envolvidos no processo de cuidar da saúde dos trabalhadores. Essas atividades possuem também um papel importante na ampliação da autonomia e na reflexão dos próprios trabalhadores da saúde no processo de cogestão, podendo representar uma ferramenta de transformação tanto dos indivíduos quanto da realidade social (RIGOTTI, 2016).

A linha de cuidado deve estar alinhada à rede de serviços do SUS, este que se constitui em espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação e cuidados aos trabalhadores (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que as linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos aos usuários, no sentido de atender suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio.

A integralidade do cuidado ao trabalhador com transtorno mental relacionado ao trabalho deve ser priorizada no contexto de ações organizadas em redes de atenção interconectadas. Diante do exposto, cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado, como uma estação no circuito que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010).

5.1. ADOECIMENTO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHO

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (2014), os transtornos mentais são síndromes caracterizadas por perturbações consideradas clinicamente significativas na cognição, no estado emocional e no comportamento de um indivíduo. Pode ser caracterizado pelo choro fácil, tristeza, medo excessivo, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravo de sofrimentos e até de transtornos mentais. A falta de tratamento seguro e eficaz, e as medidas de controle insuficientes, geram muitas incertezas e afetam a dimensão psíquica dos indivíduos, podendo levar a quadros de intenso sofrimento, comprometimento da saúde em geral e incapacidades laborais e para a vida social.

Na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os transtornos mentais que possuem relação com o trabalho (quadro 1) são aqueles cujos elementos causais são fatores de risco presentes no trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos que atuam no Sistema Nervoso Central (BRASIL, 2001). Geralmente, são causados por processos de trabalho caracterizados por pressões de desempenho e exigências desordenadas e intensas, metas constantemente elevadas, experiência de acidente de trabalho consigo ou com terceiros, excesso de tarefas em um ritmo intenso, insegurança quanto a direitos, exigências emocionais e cognitivas elevadas, quadro reduzido de trabalhadores, má gestão, insegurança, da exposição ao assédio moral (SOUZA, 2019).

QUADRO 1. Transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho e respectivos códigos da CID-10 e agentes e/ou fatores de risco.

1/3

CID-10	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO	AGENTES E/OU FATORES DE RISCO
F02.8	Demência em outras Doenças Específicas Classificadas em outros Locais	Exposição a manganês e seus compostos tóxicos; e/ou monóxido de carbono; e/ou sulfeto de hidrogênio; e/ou outras substâncias asfixiantes; e/ou dissulfeto de carbono; e/ou metais tóxicos; e/ou mercúrio; e/ou chumbo e seus compostos tóxicos; e/ou arsênio; e/ ou derivados organometálicos (chumbo tetraetila e organoestanho) em atividades de trabalho.
F05.0	Delirium, Não-Sobreposto à Demência, como descrita	Exposição a brometo de metila; e/ou dissulfeto de carbono; e/ou monóxido de carbono; e/ou sulfeto de hidrogênio; e/ou outras substâncias asfixiantes; e/ou metais tóxicos; e/ou manganês e seus compostos tóxicos; e/ou mercúrio; e/ou chumbo e seus compostos tóxicos; e/ou arsênio; e/ou derivados organometálicos (chumbo tetraetila e organoestanho) em atividades de trabalho; Sequela de acidente de trabalho com traumatismo cranioencefálico.
F06	Transtornos mentais devidos à lesão e disfunção cerebral e a doença física, dentre outros	Exposição a tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; e/ou chumbo e seus compostos tóxicos; e/ou tricloroetileno; e/ou tetracloroetileno; e/ou tricloroetano e outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; e/ou brometo de metila; e/ou manganês e seus compostos tóxicos; e/ou mercúrio e seus compostos tóxicos; e/ou dissulfeto de carbono; e/ou solventes orgânicos, em atividades de trabalho.
F06.7	Transtorno cognitivo leve	
F09	Transtorno Orgânico de Personalidade	
F07.0	Transtorno Mental Orgânico ou Sintomático Não-Especificado	
F07.1	Síndrome pós-encefálica	Exposição a mercúrio e seus compostos, em atividades de trabalho; Sequela de acidente de trabalho com traumatismo cranioencefálico.

2/3

CID-10	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO	AGENTES E/OU FATORES DE RISCO
F10	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool	<p>Fatores psicossociais relacionados a: gestão organizacional; e/ou contexto da organização do trabalho; e/ou característica das relações sociais no trabalho; e/ou conteúdo das tarefas do trabalho; e/ou condição do ambiente de trabalho; e/ou interação pessoa-tarefa; e/ou jornada de trabalho; e/ou violência e assédio moral/sexual no trabalho; e/ou discriminação no trabalho e/ou risco de morte e trauma no trabalho;</p> <p>Desemprego.</p>
F11	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de opiáceos	
F12	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides	
F13	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos	
F14	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína	
F15	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína	
F16	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de alucinógenos	
F17	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de fumo	
F19	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas	
F22	Transtornos delirantes persistentes	
F23	Transtornos psicóticos agudos e transitórios	
F41	Transtornos ansiosos, outros	
F43	Reações ao "stress" grave e transtornos de adaptação	
F13.2	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de sedativos e hipnóticos - síndrome de dependência	<p>Exposição a bromo e/ou cloro e/ou iodo em atividades de trabalho;</p> <p>Fatores psicossociais relacionados a: gestão organizacional; e/ou contexto da organização do trabalho; e/ou característica das relações sociais no trabalho; e/ou conteúdo das tarefas do trabalho; e/ou condição do ambiente de trabalho; e/ou interação pessoa-tarefa; e/ou jornada de trabalho; e/ou violência e assédio moral/sexual no trabalho; e/ou discriminação no trabalho e/ou risco de morte e trauma no trabalho;</p> <p>Desemprego.</p>
F18	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de solventes voláteis	<p>Exposição a álcoois e derivados; e/ou ésteres orgânicos; e/ou éter de petróleo (benzina) em atividades de trabalho;</p> <p>Fatores psicossociais relacionados a: gestão organizacional; e/ou contexto da organização do trabalho; e/ou característica das relações sociais no trabalho; e/ou conteúdo das tarefas do trabalho; e/ou condição do ambiente de trabalho; e/ou interação pessoa-tarefa; e/ou jornada de trabalho; e/ou violência e assédio moral/sexual no trabalho; e/ou discriminação no trabalho e/ou risco de morte e trauma no trabalho;</p> <p>Desemprego.</p>

CID-10	DOENÇA RELACIONADA AO TRABALHO	AGENTES E/OU FATORES DE RISCO
F32	Episódios Depressivos	Exposição a tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; e/ou chumbo e seus compostos tóxicos; e/ou tricloroetileno e/ou tetracloroetileno e/ou tricloroetano e/ou outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; e/ou brometo de metila; e/ou manganês e seus compostos tóxicos; e/ou mercúrio e seus compostos tóxicos; e/ou dissulfeto de carbono; e/ou outros solventes orgânicos; e/ou agrotóxicos, em atividades de trabalho;
F48.0	Neurastenia (Inclui Síndrome de Fadiga)	Fatores psicossociais relacionados a: gestão organizacional; e/ou contexto da organização do trabalho; e/ou característica das relações sociais no trabalho; e/ou conteúdo das tarefas do trabalho; e/ou condição do ambiente de trabalho; e/ou interação pessoa-tarefa; e/ou jornada de trabalho; e/ou violência e assédio moral/sexual no trabalho; e/ou discriminação no trabalho e/ou risco de morte e trauma no trabalho; Desemprego.
F33	Transtorno depressivo recorrente	Exposição a tolueno e outros solventes aromáticos neurotóxicos; e/ou chumbo e seus compostos tóxicos; e/ou tricloroetileno e/ou tetracloroetileno e/ou tricloroetano e/ou outros solventes orgânicos halogenados neurotóxicos; e/ou brometo de metila; e/ou manganês e seus compostos tóxicos; e/ou mercúrio e seus compostos tóxicos; e/ou dissulfeto de carbono; e/ou outros solventes orgânicos; e/ou agrotóxicos, em atividades de trabalho; Fatores psicossociais relacionados a: gestão organizacional; e/ou contexto da organização do trabalho; e/ou característica das relações sociais no trabalho; e/ou conteúdo das tarefas do trabalho; e/ou condição do ambiente de trabalho; e/ou interação pessoa-tarefa; e/ou jornada de trabalho; e/ou violência e assédio moral/sexual no trabalho; e/ou discriminação no trabalho e/ou risco de morte e trauma no trabalho; Desemprego.
F43.1	Estado de "Stress" Pós-Traumático	
F43.2	Transtornos de adaptação	
F45	Transtornos somatoformes	
F48.8	Transtorno do Ciclo Vigília-Sono devido a Fatores Não-Orgânicos	
X60	Lesões autoprovocadas intencionalmente (Suicídio)	Desemprego.
X84F51.2	Outros Transtornos Neuróticos Especificados (Inclui Neurose Profissional)	
Z73.0	Sensação de Estar Acabado (Síndrome de Burn-out ou Síndrome do Esgotamento Profissional)	Fatores psicossociais relacionados a: gestão organizacional; e/ou contexto da organização do trabalho; e/ou característica das relações sociais no trabalho; e/ou conteúdo das tarefas do trabalho; e/ou condição do ambiente de trabalho; e/ou interação pessoa-tarefa; e/ou jornada de trabalho; e/ou violência e assédio moral/sexual no trabalho; e/ou discriminação no trabalho e/ou risco de morte e trauma no trabalho.

5.2. INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA DOS TRANSTORNOS MENTAIS E SUA RELAÇÃO COM O TRABALHO

No processo de investigação da relação do TMRT com o trabalho é essencial uma Anamnese Clínica e Ocupacional (ACO) com:

- história ocupacional atual e pregressa;
- histórico de exposição ocupacional a fator de risco à saúde;
- antecedentes mórbidos;
- dados do exame clínico e físico;
- descrição da doença ou do agravo;
- causas, condições, objeto e agentes que concorreram direta ou indiretamente para a ocorrência das doenças e dos agravos relacionados ao trabalho, privilegiando os aspectos psicossociais do trabalho, às características da organização do trabalho;
- queixas relacionadas à saúde mental;
- evolução do quadro mental;
- consultas e tratamentos anteriores;
- levantamento da história de vida, das relações familiares e sociais etc.

A investigação epidemiológica e o estabelecimento da relação com o trabalho pode ser realizada por qualquer profissional de saúde. A primeira etapa consiste no reconhecimento dos casos suspeitos, que inclui a identificação do usuário como trabalhador e a escuta qualificada das queixas deste pelo profissional responsável pelo atendimento. Deve-se explorar a fala do(a) trabalhador(a) sobre o seu trabalho; sua percepção e sentimento em relação ao seu trabalho; que sentidos e significados encontra em seu trabalho; como sente e vivencia as relações interpessoais (hierárquicas e entre os pares). O ambiente físico, exposições a substâncias químicas, histórico de acidentes de trabalho ou outras situações que podem levar a distúrbios psíquicos devem complementar o histórico ocupacional.

Nos casos mais complexos ou quando o responsável pelo atendimento não se sentir preparado, os órgãos de vigilância e os CEREST devem ser acionados para fornecer apoio especializado, de modo a facilitar a elucidação da relação do agravo à saúde com o trabalho.

De acordo com o Guia de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2022), para o estabelecimento da relação com o trabalho, deve-se considerar a anamnese ocupacional, o exame clínico, a avaliação de relatórios e exames complementares, a história clínica e ocupacional atual e pregressa do trabalhador, levando-se em conta:

- Existência de compatibilidade entre a doença ou agravo e a alteração corporal/funcional específica.
- Exposição do trabalhador a atividade que apresente risco de doença ou agravo.
- Identificação e caracterização da exposição a agentes no ambiente e nos processos de trabalho potencialmente causadores da doença ou do agravo.

O trabalho foi um dos fatores causais da ocorrência ou contribuiu para o agravamento da doença ou agravo.

Também são importantes para a condução da investigação: o conhecimento e a avaliação do local e da organização do trabalho, que pode ser feita por meio da inspeção sanitária em saúde do trabalhador; o levantamento de dados epidemiológicos; a consulta à literatura científica a investigação da ocorrência de eventos anteriores ocorridos em trabalhadores expostos a riscos semelhantes; e a coleta de depoimentos e experiência dos trabalhadores (BRASIL, 2022).

A relação causal entre os transtornos mentais e comportamentais e a condição relacionada ao trabalho pode ser identificado por meio da classificação proposta por Schilling (1984), que combina a perspectiva clínico-individual com a coletivo-epidemiológica e agrupa as doenças, segundo a contribuição ou o “papel causal” desempenhado pelo trabalho no adoecimento, classificado em:

Categoria I de Schilling	Trabalho como causa necessária, desencadeado pela exposição a substâncias químicas neurotóxicas ou em trabalhadores(as) vítimas de violência no trabalho.	Exemplos: demência, delirium, transtorno mental orgânico, episódios depressivos, transtorno cognitivo leve, síndrome da fadiga relacionada ao trabalho, estado de stress pós traumático transtorno do ciclo vigília-sono.
Categoria II de Schilling	Trabalho como fator contributivo, mas não necessário, como alcoolismo crônico, outros transtornos neuróticos, síndrome de burnout, episódios depressivos e síndrome de fadiga relacionada ao trabalho.	
Categoria III de Schilling	Trabalho como provocador de um distúrbio latente ou agravador de doença já estabelecida ou preexistente, como em alguns casos de alcoolismo e do Transtorno do Ciclo Vigília-Sono.	

A seguir, no quadro 02 seguem os parâmetros utilizados pela assistência médica ambulatorial - AMA para a classificação quanto a disfunção ou deficiência causadas pelos TMRT.

QUADRO 2. Indicadores e parâmetros propostos pela AMA quanto à disfunção ou deficiência causadas pelos transtornos mentais e do comportamento.

LIMITAÇÕES EM ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA: incluem atividades de autocuidado, higiene pessoal, comunicação, deambulação, viagens, repouso e sono, atividades sexuais, sociais e recreacionais.

EXERCÍCIO DE FUNÇÕES SOCIAIS: inclui a capacidade de conviver com membros da família, amigos, vizinhos, atendentes e balconistas no comércio, zeladores de prédios, motoristas de táxi ou ônibus, colegas de trabalho, supervisores(as) ou supervisionados(as), sem alterações, agressões ou sem o isolamento do indivíduo em relação ao mundo que o cerca.

CONCENTRAÇÃO, PERSISTÊNCIA E RITMO: referem-se à capacidade de manter a atenção focalizada o tempo suficiente para permitir a realização, em tempo adequado, de tarefas comumente encontradas no lar, na escola ou nos locais de trabalho.

DETERIORAÇÃO OU DESCOMPENSAÇÃO NO TRABALHO: referem-se a falhas repetidas na adaptação a circunstâncias estressantes; em ambientes de trabalho, podem incluir o atendimento de clientes, a tomada de decisões, a programação de tarefas, a interação com supervisores(as) e colegas.

Fonte: AMA Guides to the Evaluation of Permanent Impairment, Sixth Edition. [Robert D. Rondinelli] (BRASIL, 2001).

Para além dos aspectos já descritos, se faz necessário conhecer a história ocupacional desse(a) trabalhadora(a), considerando que a história pregressa e história do trabalho atual podem evidenciar informações relevantes que justificam comportamento e sofrimento presentes e auxiliam no processo diagnóstico de transtorno mental relacionado ao trabalho.

Abaixo seguem perguntas básicas para orientar a coleta da história ocupacional do(a) trabalhador(a):

PERGUNTAS BÁSICAS PARA ORIENTAR A COLETA DA HISTÓRIA OCUPACIONAL	Com que idade começou a trabalhar?	Lida(va) com algum produto químico? Quais?	Observou algum efeito ou dano à sua saúde na época? O que aconteceu?
	É empregado ou trabalha por conta própria?	Precisava do álcool para dormir após um dia de trabalho?	Fazia uso de álcool para relaxar em virtude de situações estressantes no trabalho?
	Tinha contrato ou carteira de trabalho assinada?	Cumpria sua função em turnos alternados?	Exercia outra atividade antes da sua ocupação atual? O que faz(ia)? Como faz(ia)?
		Que instrumentos ou ferramentas você utiliza(va)?	

SOBRE O TRABALHO ATUAL	Hoje, o que você faz ou em que você trabalha?	Há algo em seu trabalho que te faz sentir medo ao exercer suas atividades?	O que pensa sobre seu trabalho e as consequências à sua saúde?
	Há quanto tempo?	Você trabalha sentindo alguma dor? Onde e qual a intensidade?	Percebeu alguma mudança no seu comportamento após esse trabalho? Favor descrever quais mudanças.
	O que você faz em um dia normal de trabalho?	Tem percebido alguma dificuldade em atingir o desempenho no trabalho? Quais dificuldades e porque?	Conhece colegas de trabalho e/ou outros trabalhadores com problemas de saúde semelhantes aos seus?
	Lida com algum produto químico? Quais?	Sente-se incapaz de se recuperar do trabalho por meio do descanso, relaxamento ou entretenimento?	Vivencia alguma situação de assédio sexual, violência psicológica, preconceito ou alguma situação que julgue humilhante?
	Teve alguma experiência de acidente de trabalho consigo ou com terceiros?	Seu ritmo de trabalho é acelerado, sem pausas ou com pausas sem as devidas condições para repousar e relaxar?	Faz uso de álcool para relaxar em virtude de situações estressantes no trabalho?
	Trabalha em turnos alternados?		
	Sente-se isolado no espaço de trabalho?		
	Precisa do álcool para dormir após um dia de trabalho?		

A partir da confirmação do diagnóstico da doença e do estabelecimento de sua relação com o trabalho, devem ser desenvolvidas ações direcionadas ao(à) trabalhador(a) doente ou em sofrimento e ações coletivas.

5.3. FATORES DE RISCO PARA A SAÚDE MENTAL RELACIONADOS AO TRABALHO

De acordo com a OMS (2022), muitos são os fatores de risco para a saúde mental que podem estar presentes no ambiente de trabalho. A maioria dos riscos está relacionada às interações entre o tipo de trabalho, as habilidades e competências dos(as) trabalhadores(as), à falta de suporte disponível para que os(as) trabalhadores(as) realizem seu trabalho, práticas gerenciais ou organizacionais desfavoráveis, políticas inadequadas de saúde e segurança; más práticas de comunicação e gestão; participação limitada na tomada de decisões ou baixo controle sobre sua área de trabalho; baixos níveis de apoio aos trabalhadores; horário de trabalho inflexível e tarefas ou objetivos organizacionais pouco claros.

A busca por complementação de renda, bem como os altos índices de desemprego, tem levado os trabalhadores a ingressar na chamada “uberização do trabalho”, caracterizado pela ausência de vínculo empregatício, pela intensificação do trabalho e pela vigilância e controle permanentes sem a devida proteção social (ABILIO, 2017).

Os riscos também podem estar relacionados ao conteúdo do trabalho, como tarefas inadequadas para as competências da pessoa ou uma carga de trabalho alta e implacável. Alguns empregos podem acarretar um risco pessoal maior do que outros (por exemplo, socorristas e trabalhadores humanitários), o que pode ter impacto na saúde mental e ser causa de sintomas de transtornos mentais ou levar ao uso nocivo de álcool ou drogas psicoativas. O bullying e o assédio psicológico (também conhecido como “mobbing”) são causas comumente relatadas de stress relacionado ao trabalho pelos trabalhadores e apresentam riscos à saúde. Eles estão associados a problemas psicológicos e físicos. Essas consequências para a saúde podem ter custos para os empregadores em termos de produtividade reduzida e aumento da rotatividade de pessoal. Também podem ter um impacto negativo nas interações familiares e sociais (MHA, 2022).

O Assédio Moral é a exposição de pessoas a situações humilhantes e constrangedoras no ambiente de trabalho, de forma repetitiva e prolongada, no exercício de suas atividades. É manifestado por comportamentos, palavras, atos, gestos ou escritos que trazem danos à personalidade, à dignidade ou à integridade física e psíquica de uma pessoa e que põem em perigo o emprego de uma pessoa ou degradam o ambiente de trabalho (BARRETO, 2011).

Segundo Pereira (2022) são consideradas atitudes que caracterizam o assédio moral, dispostos no quadro 03, a seguir:

QUADRO 3. Atitudes características de assédio moral.

- Retirar a autonomia do colaborador ou contestar, a todo o momento, suas decisões;
- Sobrecarregar o colaborador com novas tarefas ou retirar o trabalho que habitualmente competia a ele executar, provocando a sensação de inutilidade e de incompetência;
- Ignorar a presença do assediado, dirigindo-se apenas aos demais colaboradores;
- Passar tarefas humilhantes;
- Gritar ou falar de forma desrespeitosa;
- Espalhar rumores ou divulgar boatos ofensivos a respeito do colaborador;
- Não levar em conta seus problemas de saúde;
- Criticar a vida particular da vítima;
- Atribuir apelidos pejorativos;
- Impor punições vexatórias (dancinhas, prendas);
- Postar mensagens depreciativas em grupos nas redes sociais;
- Evitar a comunicação direta, dirigindo-se à vítima apenas por e-mail, bilhetes ou terceiros e outras formas de comunicação indireta;
- Isolar fisicamente o colaborador para que não haja comunicação com os demais colegas;
- Desconsiderar ou ironizar, injustificadamente, as opiniões da vítima;
- Retirar cargos e funções sem motivo justo;
- Impor condições e regras de trabalho personalizadas, diferentes das que são cobradas dos outros profissionais;
- Delegar tarefas impossíveis de serem cumpridas ou determinar prazos incompatíveis para finalização de um trabalho;
- Manipular informações, deixando de repassá-las com a devida antecedência necessária para que o colaborador realize suas atividades;
- Vigilância excessiva;
- Limitar o número de vezes que o colaborador vai ao banheiro e monitorar o tempo que lá ele permanece;
- Advertir arbitrariamente;
- Instigar o controle de um colaborador por outro, criando um controle fora do contexto da estrutura hierárquica, para gerar desconfiança e evitar a solidariedade entre colegas

Fonte: PEREIRA, 2022.

06 ESTRATÉGIA PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DO TRABALHADOR

O Trabalho é considerado um determinante social que impacta no modo de viver e morrer das pessoas e, por isso, além de conhecer os riscos é necessário construir rotinas de atendimento em saúde mental e estabelecer processos de trabalho para oferecer atendimento aos usuários da rede de serviços do SUS. Assim, os profissionais da RAS em seus diversos níveis de cuidado, devem compreender, detectar, notificar e tratar precocemente casos de sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, considerando as realidades locais, na perspectiva de melhorar o enfrentamento no âmbito individual e coletivo a saúde do(a) trabalhador(a) atendido.

6.1. REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM SAÚDE - RAPS E SUA INTERFACE COM A RENAST

Para o Ministério da Saúde (2017), a RAPS tem como um de seus principais objetivos a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população. Neste sentido, a promoção do cuidado em saúde mental é particularmente essencial em toda a rede de atenção à saúde aos grupos mais vulneráveis, no caso em questão, uma diversidade de trabalhadores que estão em sofrimento psíquico. A proposta da RAPS é promover um cuidado que garanta a liberdade das pessoas com transtorno mental e o seu acesso aos diversos pontos de atenção, incluindo os dispositivos para pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com transtornos mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas. Esta rede integra o Sistema Único de Saúde - SUS, sendo composta por serviços e equipamentos variados, tais como: Unidade Básica de Saúde - UBS, os CAPS com perfil para atendi-

mentos geral, infantil e problema com álcool e/ou outras drogas; os Serviços Residenciais Terapêuticos - SRT; os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento - UAs, Serviços de Urgência/Emergência e os leitos de atenção integral - em Hospitais Gerais, Hospital de Saúde Mental e em alguns CAPS.

QUADRO 4. Sala de situação da RAPS Ceará, 2022.

REGIÃO DE SAÚDE	POPULAÇÃO GERAL 2020	UBS	ESF	EMSI	NASF	CAPS AD II	CAPS AD III	CAPS GERAL I	CAPS GERAL II	CAPS GERAL III	CAPS INFANTIL	UAA	UAI	LEITOS HG	LEITOS HPE	SRT
Superintendência da Região Norte	1.669.354	630	639	10	64	3	1	25	9	0	3	2	1	42	0	1
Superintendência da Região Sul	1.497.246	498	554	0	64	4	2	21	5	4	5	1	0	23	0	2
Superintendência da Região Litoral Leste	540.489	186	201	0	27	2	0	8	4	0	0	0	0	4	0	0
Superintendência da Região Sertão Central	652.591	234	235	1	23	3	1	7	4	0	1	1	0	17	0	0
Superintendência da Região Fortaleza	4.817.822	707	1.149	11	59	11	3	25	12	0	6	4	1	50	470	3
Total	9.177.502	2.255	2.778	22	237	23	7	86	31	4	15	8	2	136	470	6

Fonte: Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental – COPOM/SESA.

A RAPS no Ceará conta com o estabelecimento de unidade de saúde referência para identificação, investigação e notificação de agravos e doenças em saúde do trabalhador, conhecidas como Unidades Sentinelas. A Resolução Nº 149/2010 - Comissão Intergestores Bipartite do Ceará - CIB/CE, aprova a composição da Rede de Serviços Sentinela em Saúde do(a) Trabalhador(a) do estado do Ceará, que devem subsidiar ações de promoção, prevenção, vigilância e intervenção em Saúde do Trabalhador.

No estado, considerando a pactuação realizada em CIB, existem atualmente vinte quatro unidades sentinelas de referência para transtornos mentais relacionados ao trabalho, entre CEREST regionais e municipais, CAPS II, CAPS III e CAPS Ad, além de unidades hospitalares e outras ambulatoriais. Todas as informações referentes às unidades sentinelas em saúde do(a) trabalhador(a) podem ser consultadas na Resolução Nº 149/2010, CIB/CE.

6.2. PONTOS DE ATENÇÃO DA LINHA DE CUIDADO DE TMRT

A linha de cuidado está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde propostas por Mendes (2010) e consolidar-se-á a partir da implantação dos seus componentes: atenção primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado; atenção secundária e atenção terciária. Cada ponto de atenção na rede de saúde mental tem suas competências e seu território sanitário.

6.2.1. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O nível primário do sistema de atenção à saúde é conceituado como o modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, enfatizando a função resolutiva desses serviços sobre os problemas mais frequentes de saúde, para o que a orienta a fim de minimizar os custos econômicos e a satisfazer às demandas da população, restritas, porém, às ações de atenção de primeiro nível.

A atenção primária é a porta de entrada da rede e ordena os fluxos e os contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.

A Unidade Básica de Saúde - UBS tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

O Núcleo Ampliado de Saúde da Família-Atenção Básica - Nasf-AB tem a responsabilidade de apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes

das unidades nas quais está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. A partir das estratégias cotidianas com suas atribuições, as equipes de NASF podem ter contato com trabalhadores em diferentes situações de vida (residência, trabalho, espaços públicos de circulação e lazer, etc.)

Independente dos programas de saúde implementados na APS, é imprescindível que os profissionais foquem o olhar para a Saúde do Trabalhador, a partir da constatação irrevogável de que se trata de um campo transversal a todos os demais. Tanto as equipes de saúde da família como as equipes de NASF devem assumir competências voltadas ao campo da Saúde do Trabalhador. Sob essa perspectiva, o reconhecimento do usuário trabalhador, o interesse pela história ocupacional, identificação das condições de trabalho devem ser competências cotidianas para fins de melhor delineamento do seu percurso nas redes de atenção, em especial na RAPS. Conhecimentos elementares sobre direito trabalhista e previdenciários têm importância na rotina da APS.

A estratificação de risco, em conformidade com a Linha de Cuidado para a Atenção Integral ao(à) Trabalhador(a) com Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho, assume lugar relevante para o planejamento e execução de ações focadas no cuidado a esses trabalhadores. Trata-se de uma estratégia para identificar potencial risco à vida das pessoas em sofrimento psíquico ou transtorno mental, viabilizar uma oferta de cuidado mais adequado e auxiliar as equipes profissionais na organização desse cuidado. Valoriza critérios clínicos, sociais, econômicos e familiares para reconhecer os trabalhadores com maiores riscos e os usuários de baixo e médio risco também devem ser considerados e melhor viabilizados também.

O estabelecimento do vínculo no território é um facilitador desse olhar e de outras ações essenciais, como o levantamento de suspeitas ou estabelecimento de nexos causais entre o impacto do trabalho no agravamento de saúde, a investigação de queixas, sintomas e significados atribuídos. As visitas domiciliares com enfoque familiar para casos selecionados é essencial, à medida que auxilia no fortalecimento do vínculo com os trabalhadores e das redes de apoio.

A busca ativa de casos suspeitos de trabalhadores com TMRT deve ocorrer no cotidiano das práticas profissionais já consolidadas na APS ou com este fim exclusivo. Os CAPS podem ser acionados para que haja o compartilhamento de demandas contextuais por meio de apoio matricial, diante da necessidade de novos conhecimentos, atendimento conjunto, elucidação de casos, diagnósticos estabelecidos em conjunto, estruturação de projetos terapêuticos e melhor ordenamento do cuidado aos trabalhadores com TMRT etc. Essa interlocução entre a APS e os CAPS facilita a identificação de fatores psicossociais nos ambientes e processos de trabalho dos usuários com TMRT, na medida em que as equipes tendem a se investir de autonomia e dotar de subsídios mais sólidos para, inclusive utilizar as informações epidemiológicas para as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação desses trabalhadores.

Em caso de suspeita ou constatação, para fins de inspeção, a Atenção Primária deve solicitar ao serviço de referência e vigilância à saúde do trabalhador. Desse modo, configura-se como uma estratégia de relevância e necessidade inegável, haja vista que passa a ser possível evitar que outros trabalhadores sofram agravos ou violências relacionadas ao trabalho. O encaminhamento da solicitação de vigilância nos ambientes e processos de trabalho às equipes de VISAT/CEREST devem ocorrer sempre que necessário. A parceria com o CEREST deve ser construída e fortalecida rotineiramente por meio do apoio matricial, para fins de orientação e delineamento das melhores condutas por parte da equipe interdisciplinar.

AAPS dota de possibilidades de ação valiosas no que tange à Saúde do Trabalhador, a partir da consideração da atuação territorial ou comunitária. E assim, os trabalhadores que habitam e/ou (con)vivem nas áreas adscritas são de responsabilidade dessas equipes. Nessa ideia, o corriqueiro cadastro das famílias já deve conter aspectos relacionados à ocupação dos membros. Também as equipes de saúde da família devem elaborar salas de situação com levantamento de dados atualizados sobre riscos psicossociais no território.

De acordo com o Caderno da Atenção Básica de ST (BRASIL, 2018), a prevenção dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho baseia-se na vigilância dos agravos à saúde e dos ambientes e condições de trabalho e valoriza a participação dos(as) trabalhadores(as). Entre as ações a serem desenvolvidas estão:

- Reconhecimento prévio das atividades e dos locais de trabalho onde existam substâncias químicas, agentes físicos e/ou biológicos e os fatores de risco decorrentes da organização do trabalho potencialmente determinantes de doença.
- Identificação dos problemas ou danos potenciais para a saúde, decorrentes da exposição aos fatores de risco identificados.
- Identificação e proposição de medidas que devem ser adotadas para a eliminação ou controle da exposição aos fatores de risco e para proteção dos(as) trabalhadores(as).
- Educação e informação aos(às) trabalhadores(as) e empregadores(as).

Estratégias de Educação Permanente em Saúde devem ser sistematizadas e incorporadas com base nas situações singulares que emergem no cotidiano da APS, especialmente no âmbito das rodas de conversas e reuniões de equipe. Atividades coletivas de grupos de apoio em saúde mental e autocuidado podem ser realizadas junto à comunidade ou junto aos trabalhadores da APS, além de atendimentos individuais ou grupais para avaliação e follow up, seja no contexto de intervenções já consolidadas junto a grupos específicos (gestantes, pessoas idosas e hipertensos) ou novas demandas. Todas as atividades, procedimentos realizados devem ser sistematizados e registrados, assim como as notificações no SINAN.

6.2.2. ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

A atenção secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços odontológicos, médicos especializados, de apoio “multiprofissional” diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência e outros.

A atenção psicossocial especializada é realizada nos Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; atenção à urgência e emergência, formada pelo SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24h, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro e UBS, entre outros; atenção residencial de caráter transitório, formada pelas Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial; atenção hospitalar, formada pelas enfermarias especializadas em hospital geral e pelos serviços hospitalares de referência; serviços residenciais terapêuticos; e reabilitação psicossocial.

Por meio da Portaria GM/MS n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011, foi 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 SUS com a finalidade de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

O CAPS é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo. Mais que um serviço ofertado, o acolhimento é uma postura sine qua non no contexto dos CAPS. E as ações interprofissionais e colaborativas subsidiam a atenção a pessoas em crise, as quais não têm perfil para atendimento em emergência hospitalar.

Especialmente por meio do apoio matricial, os CAPS dotam de uma gama potente de possibilidades em se tratando da ST, com a construção horizontal do Projeto Terapêutico Singular - PTS a partir do engajamento real do trabalhador. A busca ativa de casos crônicos junto a APS deve ser constante, o que poderá respaldar as ações de matriciamento em saúde mental sendo equipe de referência e com o olhar lapidado para a ST. A partir de então, podem

ser subsidiadas ações compartilhadas com a APS (atendimentos, ações educativas, salas de situação em saúde mental, estratégias de Educação Permanente etc.) e com o CEREST pertinente ao território.

De acordo com a estratificação de risco dos TMRT, os CAPS são responsáveis pelo cuidado aos TMRT com risco III. As equipes de saúde mental, devem considerar o histórico da vida laboral atual e progresso dos pacientes. Nesse aspecto, ao olhar para o determinante trabalho, garante o cumprimento de um dos princípios básicos do SUS, que é a integralidade do cuidado. A Política de Saúde Mental é essencial na contribuição na vida desses(as) trabalhadores(as), não somente como forma de dar respostas, mas de forma integral, igualitária, equânime e visando o indivíduo em sua integralidade, sendo necessária sua articulação e existência também das demais políticas públicas, para que não somente as condições de trabalho melhoradas, mas outros aspectos da vida do indivíduo que influenciam no seu processo de bem-estar social.

Os CEREST são responsáveis por ofertar apoio especializado em ST para a RAS, através de uma relação horizontal mediante a construção de várias linhas de transversalidade com base em procedimentos dialógicos na interação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos, auxiliando as equipes e profissionais de referência no diagnóstico das DART, na análise e na intervenção sobre problemas e necessidades de saúde do(a) trabalhador(a), que direciona os procedimentos de diagnóstico e a elaboração do projeto terapêutico, apoia as ações de vigilância e promoção da saúde, tanto em nível individual, quanto coletivo.

Neste sentido, ações de assistência especializada realizadas pelos CEREST têm como um dos objetivos centrais a elucidação e o estabelecimento da relação do adoecimento com o trabalho em conformidade com a Portaria nº 1.823/2012 que estabelece a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.

Dentre os atributos do CEREST, destaca-se a vigilância nos ambientes e processos de trabalho, caracterizada por intervenções nos espaços laborais, o que significa identificar no ambiente, na organização ou no processo de trabalho, fatores e situações de risco e indicar medidas transformadoras para constituir espaços seguros e saudáveis para os trabalhadores e verificar se tais medidas foram adotadas.

Sua atuação é articulada com os outros níveis de atenção como parte de uma rede regionalizada, hierarquizada e resolutive de atenção à saúde do(a) trabalhador(a), com articulação intra e intersetorial para dar respostas diante dos múltiplos cenários do mundo do trabalho atual.

Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, em seu âmbito de atuação, por acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

No Brasil, o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, instituído em 2002 (Portaria GM/MS Nº 2048, de 5 de novembro de 2002), estabeleceu os princípios e diretrizes dos sistemas de urgência. Ficou definido o 192 como número telefônico para acionamento de uma Central de Regulação das Urgências (CRU), autoridade sanitária máxima em termos de urgência, com competência para regular todas as portas de entrada de urgência de uma região através de decisão gestora pautada em pactuação prévia, de referência e contrarreferência, competências e atribuições, das unidades de saúde dentro de uma Rede de Atenção à Urgência regional ou municipal. As decisões gestoras de uma CRU incluem o acionamento e a regulação de um componente móvel, denominado, no SUS, de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), composto por veículos tripulados por equipes capacitadas ao atendimento de urgências no ambiente pré-hospitalar. Ao conjunto CRU e SAMU denominou-se SAMU 192.

A Política Nacional de Atenção às Urgências, implementada em 2003 (Portaria GM/MS Nº 1863, de 29 de setembro de 2003) e reformulada em 2011 (Portaria GM/MS Nº 1600, de 7 de julho de 2011), confirma o objetivo do SAMU 192 de "chegar precocemente aos pacientes acometidos por agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátricas, psiquiátricas, entre outras) que possa levar a sofrimento, sequelas ou até mesmo à morte". Essa estratégia visa reduzir a letalidade, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao SUS, diminuindo o tempo de internação e minimizando sequelas e outras situações adversas que possam resultar de uma primeira intervenção atrasada ou inadequada.

Em 2004 (Portaria GM/MS Nº 2657, de 16 de dezembro de 2004) ficaram estabelecidas as atribuições das Centrais de Regulação Médica de Urgências, operacionalizada através das Centrais de Regulação das Urgências - CRU. Seu trabalho "garante a escuta permanente por um Médico Regulador, com acolhimento de todos os pedidos de socorro que lhe ocorram e "o estabelecimento de uma estimativa inicial do grau da urgência de cada caso, desencadeando a resposta mais adequada e equânime a cada solicitação, monitorando continuamente a estimativa inicial do grau de urgência até a finalização do caso e assegurando a disponibilidade dos meios necessários para a efetivação da resposta definitiva, de acordo com grades de serviços previamente pactuadas, pautadas nos preceitos de regionalização e hierarquização do sistema".

A instituição da Rede de Atenção às Urgências (Portaria GM/MS Nº 1600, de 7 de julho de 2011), surgiu pela necessidade de que a atenção integral às urgências fosse regionalizada e hierarquizada permitindo a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.

A Classificação de Risco na CRU visa reconhecer os níveis de gravidade das urgências e embasar a decisão técnica do médico regulador, que pode se dar desde com uma orientação médica até o envio de um recurso móvel do SAMU, tripulado com médico, enfermeiro e condutor.

Na Cartilha "Urgências em Saúde Mental" (<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1379433>), publicada pelo Núcleo de Educação Permanente do SAMU 192 - Regional Fortaleza, referência nacional em regulação das urgências, se detalha melhor o trabalho da CRU no acolhimento e classificação de risco em urgências em saúde mental. O processo de regulação das solicitações tem três momentos distintos: (i) com o usuário, (ii) com a equipe de saúde em atendimento e (iii) com a equipe de saúde do destino final do paciente.

Esse primeiro momento consiste em duas etapas, com sete passos a serem percorridos no total:

Primeira Etapa - TARM

1. Acolhimento do chamado;
2. Identificação do solicitante e do paciente;
3. Identificação e localização da urgência;
4. Identificação preliminar dos 3 "S" da Regulação.

Segunda Etapa - MR

5. Anamnese dirigida;
6. Estabelecimento do grau de urgência (prioridade clínica);
7. Decisão e resposta.

A decisão e resposta da Regulação Médica baseia-se em Protocolos Técnicos de Regulação, segundo dois grandes grupos de urgências em saúde mental: as urgências cérebro-orgânicas e as urgências comportamentais. Os 3 "S" da Regulação faz alusão às três grandes síndromes, que podem antecipar o grau de urgência para o médico regulador:

- **Síndromes de “Forte Valência Social”**, onde o valor social é muito elevado: “paciente psicótico causando grande comoção social”. O “grande sofrimento socioambiental” pode ser uma urgência médica mesmo que a gravidade do paciente seja nula, nos casos em que existe grande comoção social no evento;
- **Síndromes de “Etiologia Potencialmente Grave”**, que são os casos com alto risco de autoagressão ou heteroagressão, mecanismo de trauma significativo e história de overdose;
- **Síndromes de “Semiologia Potencialmente Grave”**, como a síndrome de abstinência alcoólica grave¹, a síndrome neuroléptica maligna², a catatonia³ ou outras queixas apresentadas via telefone: “Eu o encontrei desmaiado”, “Está roxo”, “Não está respirando”, “Não está se mexendo” etc.

Após uma crise em saúde mental diversas manifestações físicas, cognitivas, comportamentais e emocionais podem surgir nas primeiras 48 horas e em até quatro semanas. As principais condições abordadas como urgência são:

- Agitação, podendo evoluir para agressividade;
- Transtornos ansioso (conversão/somatização);
- Reação aguda ao stress e stress pós-traumático;
- Ideação suicida;
- Uso de álcool e/ou outras substâncias;
- Distúrbios da memória;
- Alterações do comportamento ou até quadros psiquiátricos por doenças clínicas associadas.

Os principais sinais e sintomas são os seguintes:

- **Manifestações cognitivas:** atenção dispersa, dificuldade de concentração, dificuldade de tomada de decisão, diminuição da capacidade funcional, descrença, negação, alteração da memória, confusão, distorção, pensamentos intrusivos, preocupação excessiva e dissociação.
- **Manifestações comportamentais:** comportamentos de luta, fuga ou “congelamento-imobilização”, obediência automática, alienação, abandono de atividades, desconfiança, problemas nas relações interpessoais, conflito, agitação e abuso de substâncias.
- **Manifestações emocionais:** choque emocional, humor depressivo, ansiedade ou pânico, culpa, raiva, medo, desespero, irritabilidade, embotamento afetivo (distanciamento), sentimento de luto/pesar e insegurança exacerbada.

A OPAS e a OMS reconhecem os Primeiros Socorros Psicossociais - PSP como a intervenção passível de fazer com que o indivíduo, pelo menos, retorne às condições psíquicas de antes da crise. Consiste no auxílio prestado por pessoa treinada, não sendo exclusividade do psicólogo, enfermeiro ou médico, que vise o conforto e a redução do sofrimento psíquico, durante ou imediatamente após o disparador da crise, "potenciando os recursos internos, normais, da pessoa afetada" (BRITO, ARRIGA e GOUVEIA, 2015, p. 11).

O profissional treinado em PSP deve ser capaz de avaliar a segurança, compreendendo os eventos que dispararam o evento, para poder minimizar o sofrimento da pessoa, acolhendo e apoiando-a em suas necessidades básicas, com uma escuta qualificada, de forma que se inicie um vínculo e suporte terapêutico, uma ponte ao diálogo que

¹ Sudorese, taquicardia, tremores grosseiros nas mãos, alucinações, agitação psicomotora e até convulsão que surge em até 3 dias de abstinência do álcool.

² Rigidez muscular grave, hipertermia e pelo menos dois dos seguintes sintomas, consequência da intoxicação por antipsicóticos: sudorese, disfagia, tremor, incontinência, alterações do nível de consciência, mutismo, taquicardia e pressão arterial elevada.

³ Perturbação acentuada da função motora marcada pela rigidez e imobilidade contínua, presente na esquizofrenia, ou hipertermia, ansiedade intensa, comportamento destrutivo e psicose, presente na intoxicação por chumbo (catatonia letal).

possa levar esperança e segurança ao paciente. Para isso, o profissional treinado deve ser ativo, direto, resolutivo, ágil e flexível (BRASIL, 2021, p.32), acolhendo a dor do outro sem julgamentos e observando a segurança do local, para que possa se proteger e ao paciente do evento disparador (BRASIL, 2021, p. 22).

A todo momento o profissional deve “emprestar sua esperança”, ou seja, transmitir uma visão otimista baseada em possibilidades e oportunidades reais, de forma que a visão desesperançosa da situação se desvaneça, mesmo que parcialmente, mostrando uma possibilidade de que nem tudo está perdido ou sem solução (AZEVEDO; GADELHA, 2022).

As principais ferramentas para a estabilização emocional e diminuição do stress são a escuta ativa e a psicoeducação. As estratégias de psicoeducação envolvem (BRASIL, 2021, p. 34):

- Sinalização das necessidades prioritárias que requeiram resolução;
- Informação sobre os procedimentos que serão adotados;
- Oferecimento de esclarecimentos a respeito dos sintomas e das expressões emocionais que são normais em um episódio crítico, como acontece em uma crise.

A procura por uma forma de fornecer informações e direcionar o caso aos serviços pertinentes depende do vínculo com o paciente e com a sua família (ou amigos próximos). Deve-se tentar envolver o paciente nas tomadas de decisão, de acordo com as prioridades de ações identificadas pelo profissional. Quando difícil ou impossível, deve-se perguntar a ele quem é a sua pessoa de confiança, para que se possa chamá-la (p. 26).

No tocante à identificação, investigação e notificação da violência relacionada ao trabalho (com ou sem óbito), como por exemplo acidentes com entregadores, acidentes em obras, acidente de percurso ao trabalho, ou ocorrências que causem danos à saúde da pessoa trabalhadora em seu local de trabalho. Além disso, a Rede de Urgência Emergência - RUE, acolhe e recebe os casos de emergências em saúde mental que as temáticas da ideação suicida e do suicídio, associadas aos aspectos internos e externos do trabalho.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 e a Perícia Forense do Ceará - PEFOCE passam a ter papel importante nesse contexto de rede, cujas atuações devem ocorrer em plena parceria cotidiana, operando uma rede transversal ativadora de conectividade aos pontos especializados de média e alta complexidade.

A PEFOCE, criada sob Lei nº 14.055, de 07 de janeiro de 2008, tem como atribuições principais a elaboração de laudos periciais; organização de provas; determinação de causas dos fatos; examinam locais de crimes; busca de evidências; seleção e coleta de indícios de materiais; encaminhamento e execução de exames laboratoriais das evidências; reconstrução de fatos e cenários⁴ (CEARÁ, 2008).

⁴ Art. 1º Fica criada, no âmbito do Poder Executivo Estadual, a Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE, órgão técnico-científico vinculado à Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social - SSPDS, ao qual incumbe, em todo o território do Estado, entre outras atribuições correlatas estabelecidas em Regulamento: I - planejar, coordenar, executar, orientar, acompanhar, avaliar e/ou controlar as atividades de perícias médico-legais, criminalísticas, papiloscópicas e laboratoriais, bem como os serviços de identificação civil e criminal, em assessoria direta ao Secretário da Segurança Pública e Defesa Social; II - apoiar a atividade de polícia judiciária na prevenção e investigação de delitos, desastres e sinistros, executando perícias e realizando pesquisas e estudos destinados à execução dos exames de corpo de delito para comprovação da materialidade das infrações penais e de sua autoria, relacionados aos campos de atuação da Criminalística, Medicina Legal, Odontologia Legal e Identificação papiloscópica; III - atuar, quando acionada, na produção de provas com fins jurídico-criminais; IV - articular, através do setor competente da SSPDS, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos para as áreas de medicina legal, criminalística, papiloscopia e identificação civil e criminal; V - normatizar, em consonância com as diretrizes da Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social, a realização da atividade pericial de apoio às investigações policiais; VI - auxiliar direta e indiretamente a Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social - SSPDS na definição de políticas e programas que visem reduzir os índices de criminalidade, acidentes e sinistros, ampliando a satisfação da sociedade em relação aos serviços prestados pelos órgãos de segurança pública; VII - prospectar soluções de tecnologia da informação que sejam adequadas aos projetos e atividades da Perícia Forense e organizar o ambiente respectivo, atendendo a requisitos de toda a estrutura organizacional e sua ligação com outras entidades, em consonância com as diretrizes da SSPDS.

Os serviços de urgência e emergência supracitados constituem uma parceria essencial na operacionalização da Rede de Atenção à ST, na medida em que também podem rastrear/sondar situações ou danos/agravos em saúde mental relacionados ao trabalho, assim como a notificação de acidentes de trabalho e relação com mortes, suicídio relacionado ao trabalho.

As Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental - EMAESM, conforme estabelece a Portaria MS nº 3.588 de 2017 e as Portarias de Consolidação nº 03 e nº 06 de 2017, visam a ampliação e a articulação da oferta de atenção integral às pessoas com transtornos mentais moderados, em caráter multiprofissional, atendendo às necessidades no nível especializado em Saúde Mental. Estas necessidades serão identificadas na Atenção Básica - AB, integrando-se aos demais serviços das redes de atenção à saúde e da rede intersetorial (CEARÁ, 2020).

As equipes EMAESM deverão ter composição multiprofissional, sendo assim definidas quanto a estrutura:

Equipe tipo 1:	Equipe tipo 2:	Equipe tipo 3:
01 (um) médico especialista em psiquiatria ou médico com experiência em saúde mental (total de 10 horas semanais), 01 (um) psicólogo (30 horas semanais) e 01 (um) assistente social (30 horas semanais).	01 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 20 horas semanais), 02 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais) e 01 (um) assistente social (total de 30 horas semanais);	01 (um) médico especialista em psiquiatria (total de 30 horas semanais), 02 (dois) psicólogos (total de 60 horas semanais), 01 (um) assistente social (total de 30 horas semanais) e 01 (um) profissional de nível superior da área de saúde mental (total de 30 horas semanais).

As EMAESM podem ser ampliadas em sua composição, considerando as mesmas ou outras categorias profissionais de nível superior, desde que assegurada a sua composição mínima especificada. Têm um perfil de abordagem entre a AB e o CAPS, e com isso permitem a ampliação do acesso à assistência especializada em Saúde Mental para pessoas de todas as faixas etárias, e ainda possibilita o fortalecimento dos atendimentos de base comunitária. É facultado ao Município planejar a melhor composição de serviços assistenciais comunitários/ambulatoriais, podendo optar por implantar os ambulatórios de saúde mental Tipo 1, Tipo 2 ou Tipo 3, considerando o contexto de sua rede e suas necessidades mais prementes. Portanto, a definição do tipo equipe não está relacionada a parâmetros populacionais ou à vinculação com um número específico de equipes que recebam apoio matricial. Um mesmo Município pode decidir pela implantação de várias equipes, de acordo com sua demanda sanitária. As equipes terão sua implantação autorizada após análise do projeto de implantação pela área técnica de Saúde Mental do Ministério da Saúde.

No âmbito da Saúde Mental, cabe à Atenção Básica acompanhar todos os casos, responsabilizando-se de forma mais independente pelos transtornos mentais leves, de baixo risco, embora considerando que qualquer caso deverá ser acolhido, independentemente da gravidade, tomadas as devidas ações para o encaminhamento em situações de urgência ou emergência.

A possibilidade de encaminhamento direto de casos somente deve ocorrer a partir da atenção básica. Sugere-se que a definição da complexidade dos casos deve ser discutida nas atividades de matriciamento, tais como consulta conjunta, discussão de caso e telematriciamento, com o intuito de referenciar apenas os casos de transtorno mental moderados, consonantes às atribuições dessas equipes. As equipes devem, de acordo com avaliação da gravidade, estabilização ou agudização dos casos, considerar a necessidade de realizar atividades de matriciamento junto à Atenção Básica, articulados com os CAPS, a fim de discutir com estes serviços, a referência e a contra-referência dos casos.

Recomenda-se recorrer aos encaminhamentos para os CAPS apenas em casos mais graves, que necessitem de cuidado intensivo e/ou de reabilitação psicossocial, quando as possibilidades de intervenção conjunta da Atenção Básica ou dos

ambulatórios especializados em SM não forem suficientes. Tendo em vista a necessidade da atenção integral à saúde do usuário em face da necessidade de acompanhamento de um caso por outras políticas (Assistência Social, Educação, Judiciário), as situações poderão ser discutidas junto à rede intersetorial, para a construção compartilhada de PTS.

6.2.3. ATENÇÃO TERCIÁRIA À SAÚDE

Os serviços de atenção terciária exercem importante papel para a recuperação do usuário e estão fundamentados na reabilitação parcial/total do usuário, visando amenizar, limitar e até evitar incapacidades crônicas e/ou recidivas, proporcionando qualidade de vida.

Fazem parte desta atenção os hospitais gerais de grande porte, hospitais universitários, Santas Casas e unidades de ensino e pesquisa, compondo o nível de alta complexidade da atenção especializada. São locais com leitos de UTI, centros cirúrgicos grandes e complexos. Também envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores, como os oncológicos, cardiovasculares, transplantes e partos de alto risco.

Na Atenção Terciária deve haver a oferta de cuidados emergenciais no contexto de demandas psiquiátricas e/ou clínicas, em médio e alto risco para estabilização e possível remissão de sintomas, com a retaguarda de equipe interdisciplinar para ações ampliadas. As queixas referidas devem ser consideradas e relacionadas com o trabalho sempre que fizer sentido.

Em caso de internação hospitalar, é necessário que, diante da previsibilidade de alta hospitalar, os profissionais consensuem os primeiros caminhos na rede de atenção à saúde ou, quiçá, já seja iniciada a articulação de ações intersetoriais com a finalidade dos cuidados continuados na RAPS. Referências e contrarreferências são necessárias, haja vista a operacionalização de tais articulações. Ademais, devem ser concedidas orientações aos familiares/cuidadores sobre tais percursos e sobre o autocuidado.

Diante da dinâmica própria dos serviços, com suas intempéries, a sondagem (busca ativa) e a identificação de dano ou agravo à ST ocorrer no âmbito da emergência ou internação. Independente disso, os registros em documentos institucionais formais devem ser feitos e a posterior notificação por meio da Ficha do SINAN. O ponto de atenção que acolheu inicialmente o trabalhador em sua demanda (seja em caso de suspeita ou estabelecimento de nexos causal com o trabalho) deve efetivar a notificação dos casos de TMRT junto ao SINAN.

É importante ressaltar que também aos trabalhadores que compõem as equipes profissionais dos diversos pontos em níveis de atenção supracitados devem haver um olhar e ações voltadas aos cuidados preventivos de agravos ou danos à saúde mental.

Ademais, cabe a construção e o fortalecimento de redes integradas, com a constante interlocução dos pontos de atenção em prol da melhor atenção possível ao trabalhador e à trabalhadora. O caráter transversal da Saúde do Trabalhador deve ser considerado e respeitado em todos os pontos e instâncias da rede de atenção, possibilitando transformar e qualificar a atenção à saúde, as práticas de educação em saúde, além de incentivar a organização das ações e dos serviços numa perspectiva transversal, intersetorial e interinstitucional. Sobretudo, a partir das áreas que fornecem uma base fecunda como a Previdência social (se for segurado do INSS), Sindicatos, Ministério Público do Trabalho - MPT, Superintendências Regionais do Trabalho - SRTE, Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS, PEFOCE (declaração de óbitos).

Ratifica-se que, em caso de necessidade identificada, os serviços de referência em ST devem ser sinalizados para a realização de inspeções adequadas. É necessário que sejam implementadas ações de Educação Permanente nesses serviços com foco na Saúde do Trabalhador para fins de institucionalização do olhar para esse campo.

Segue abaixo a matriz de competências dos níveis de atenção da RAS para a Linha de Cuidado para a Atenção Integral ao(à) Trabalhador(a) com Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.

QUADRO 5. Matriz de competência dos níveis de atenção para a Linha de Cuidado a Atenção Integral ao(à) Trabalhador(a) com Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.

NÍVEL DE ATENÇÃO

primária

PONTO DE ATENÇÃO

Equipes de atenção básica / equipes de saúde da família - eAB/eSF

COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO

- Reconhecimento sistemático do usuário trabalhador e colher a história ocupacional aproveitando para orientar e esclarecer dúvidas;
- Estabelecimento de vínculo;
- Responsabilidade pelos(as) trabalhadores(as) do seu território;
- Levantamento de suspeitas ou estabelecimento donexo causal entre o agravo à saúde e o trabalho;
- Investigação de queixas e sintomas com o trabalho;
- Estratificação por grau de risco, seguindo a linha de cuidado em TMRT;
- Reconhecimento dos(a) trabalhadores(as) de maior risco e encaminhamento aos serviços de apoio;
- Ordenamento de cuidado aos trabalhadores com transtornos mentais relacionado ao trabalho;
- Garantia de cuidado e resolutividade da atenção para usuário de baixo e médio risco;
- Compartilhamento com o CAPS do cuidado dos trabalhadores com transtornos mentais relacionado ao trabalho;
- Oferta de educação em saúde;
- Promoção de atividades coletivas de grupos de apoio e auto cuidado;
- Busca ativa de casos suspeitos de trabalhadores com transtornos mentais relacionado ao trabalho;
- Identificação dos fatores de risco psicossociais presentes nos ambientes e processos de trabalho dos usuários com TMRT;
- Utilização de informações epidemiológicas para subsidiar as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;
- Incorporação da temática saúde do trabalhador nas rodas de conversas e educação permanente da equipe de saúde da família;
- Utilização do apoio matricial das equipes especializadas para o matriciamento em saúde mental, elaborando em conjunto diagnóstico e a estruturação de um projeto terapêutico;
- Introdução na rotina a elaboração da história ocupacional e orientações sobre direito trabalhista e previdenciário;
- Cadastramento das famílias, otimizando o preenchimento do item ocupação que deve ser registrado para todos os membros da família independente da idade;
- Registro de atividades, procedimentos e notificações dos TMRT;
- Levantamento ou atualização dados sobre riscos psicossociais do território sob responsabilidade da equipe de saúde da família;
- Consulta clínica com a identificação da condição de trabalho e a ocupação do usuário;
- Levantamento de suspeitas ou estabelecimento donexo causal entre o agravo à saúde e o trabalho;
- Organização dos atendimentos (individual e/ou em grupos educativos) para avaliação e/ou acompanhamento;
- Visitas domiciliares com enfoque familiar para casos selecionados, ampliando o vínculo com as famílias, tomando-as parceiras no tratamento e construindo redes de apoio e integração;
- Fomento ao matriciamento e projeto terapêutico singular;
- Atendimento multiprofissional por equipe do NASF;
- Elaboração do Projeto Terapêutico Singular - PTS;
- Ampliação de discussões sobre o tema nos grupos já existentes (gestantes, idosos e hipertensos);
- Inclusão de grupo terapêutico em saúde mental do(a) trabalhadora(a);
- Encaminhamento do paciente ao CEREST para orientações e definição de condutas pela equipe multidisciplinar, se definido no matriciamento;
- Encaminhamento da solicitação de Vigilância nos ambientes e processos de trabalho às equipes de Visat/Cerest.

NÍVEL DE ATENÇÃO

primária

PONTO DE ATENÇÃO

NASF-ab - Núcleo Ampliado em Saúde da Família e Atenção Básica

COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO

Ampliação da abrangência e o escopo de ações da ABS/APS, assim como sua resolubilidade, a partir da composição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares;

Atuação em parceria com as eSF/eAB para o compartilhamento de responsabilidades e práticas em seus territórios de abrangência;

Integração com a APS por meio de atividades desenvolvidas nesse nível de atenção e embasadas na integralidade da atenção;

Oferta de processo de trabalho pautado na lógica do apoio matricial por meio de um modelo de atuação que diverge do modelo ambulatorial porque não se constitui como um serviço de especialistas na ABS/APS, mas como uma equipe interdisciplinar integrada para fins de suporte (clínico, sanitário e pedagógico) aos profissionais das eSF/eAB.

Oferta de ações para além dos atendimentos específicos, buscando também a qualificação da própria eSF/eAB vinculada para a produção do cuidado.

Atendimentos individuais ou grupais sob pactuação prévia com as eSF/eAB e referências/contrarreferências.

Atuação a partir de linhas de cuidado (áreas estratégicas ou eixos temáticos do NASF-AB), com ampliação das ações da APS.

Compromisso com a Educação Permanente junto às equipes vinculadas.

Lógica de trabalho promotora da corresponsabilização pelas ações de saúde e dos cuidados em conjunto com as eSF/eAB vinculadas.

secundária

PONTO DE ATENÇÃO

Centro de Atenção Psicossocial CAPS (Modalidade geral e álcool e outras drogas)

COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO

Acolhimento;

Reabilitação psicossocial;

Construção horizontal do Projeto Terapêutico Singular (PTS);

Matriciamento em saúde mental com equipe de referência;

Busca ativa de casos crônicos junto a APS;

Ações compartilhadas com a APS (atendimentos, ações educativas, salas de situação em saúde mental, estratégias de Educação Permanente, etc.);

Atenção às situações de crise;

Atenção colaborativa e interprofissional;

Realização de grupos terapêuticos sob demanda territorial;

Articulação da rede intra e intersetorial;

Relação do agravo com o trabalho;

Notificação no SINAN dos casos de TMRT;

Articulação com o CEREST da área.

NÍVEL DE ATENÇÃO

Secundária

PONTO DE ATENÇÃO

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST

COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO

Atendimento ao(a) trabalhador(a) de forma interdisciplinar com a realização da anamnese ocupacional detalhada;

Investigação da relação entre o trabalho e o adoecimento;

Notificação no SINAN dos casos de TMRT;

Realização das ações de vigilância em ambientes de trabalho - VAPT para mapeamento dos riscos psicossociais e investigação epidemiológica da relação do agravo com o trabalho;

Articulação da rede de apoio intersetorial para resolução dos casos de maior complexidade;

Apoio matricial aos serviços da REDE SUS nos momentos de educação permanente, diagnóstico, tratamento, notificação e vigilância;

Análise e divulgação das informações epidemiológicas para subsídios das ações de atenção à ST.

PONTO DE ATENÇÃO

Rede de urgência e emergência (Unidades de Pronto Atendimento - UPA)

COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO

Atendimento de urgência e emergência em saúde mental;

Classificação de risco psiquiátrico e suspeita do trabalho como agente contributivo para o agravo ou transtorno;

Orientação aos familiares;

Encaminhamento para continuidade do cuidado na RAPS;

Encaminhamento para internação quando necessário;

Notificação no SINAN dos casos de TMRT;

Notificação de acidentes de trabalho e relação com mortes, suicídio relacionado ao trabalho.

PONTO DE ATENÇÃO

Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental - EMAESM

COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO

Ampliação da oferta e do acesso à assistência em Saúde Mental para pessoas de todas as faixas etárias com transtornos mentais mais prevalentes e moderados (transtornos de humor, dependência química, transtornos de ansiedade, dentre outros) referenciados pela APS;

Atendimento às necessidades de complexidade intermediária, entre a Atenção Básica e o CAPS;

Apoio matricial para as equipes da APS, com foco na integralidade do cuidado aos usuários, contribuindo para a qualidade das análises e de intervenções sobre as demandas de saúde mental;

Articulação com demais serviços do SUS e com a rede intersetorial para a garantia de direitos de cidadania e cuidado transdisciplinar.

NÍVEL DE
ATENÇÃO

terciária

PONTO DE ATENÇÃO

Hospital Clínico ou Hospital de Saúde Mental

COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO

Atendimento aos trabalhadores de médio e alto risco visando a remissão de sintomas, estabilização do quadro, diagnóstico, tratamento e exames complementares;

Atendimento do trabalhador e identificação da queixa referida pelo usuário com o trabalho;

Investigação e notificação do transtorno mental e ou do comportamento relacionado ao trabalho;

Notificação no SINAN dos casos de TMRT;

Busca ativa do núcleo de vigilância epidemiológica hospitalar sobre os casos suspeitos de TMRT assistidos na unidade hospitalar;

Orientações aos familiares e de autocuidado para o trabalhador;

Encaminhamento para continuidade para o cuidado na RAPS;

Referência e contra referência do trabalhador para fins de continuidade do tratamento;

Incorporação da temática transtorno mental relacionado ao trabalho nas atividades de educação permanente;

Internação hospitalar;

Reabilitação dos trabalhadores.

Regulação das Urgências e
Atendimento Pré-hospitalar Móvel

PONTO DE ATENÇÃO

SAMU e sua Central de Regulação das Urgências 192 - SAMU 192

COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO

Da Central de Regulação das Urgências

Atender, por meio do número público gratuito nacional 192, a todas as demandas por atendimento em pacientes em sofrimento mental, estejam em crise ou não;

Reconhecer sinais de gravidade com base nos sinais e sintomas dos pacientes descritos pela população, equipes de saúde envolvidas no local ou equipes do SAMU 192;

Reconhecer a necessidade de acionar outros atores no atendimento ao paciente em crise em saúde mental, quando implicar a segurança das pessoas envolvidas no local ou a própria segurança do paciente;

Adotar as medidas cabíveis no manejo dos pacientes agressivos, psicóticos e suicidas.

Das Equipes de Atendimento do SAMU 192

Reconhecer sinais de gravidade em situações de urgência em saúde mental, na cena das ocorrências;

Adotar medidas de segurança da cena, segurança da equipe e segurança do paciente no manejo desses quando agressivos, psicóticos e suicidas (em situações de risco para si e para os outros).

Descrever adequadamente ao médico regulador os sinais e sintomas observados nos pacientes;

Reconhecer necessidade de acionar outros atores no atendimento às urgências psiquiátricas.

5.3. FLUXO DO ATENDIMENTO AO TRABALHADOR COM TRANSTORNO MENTAL RELACIONADO AO TRABALHADOR NAS REDES DE ATENÇÃO

No que se refere ao fluxo deste(a) usuário(a) trabalhador(a) na rede de atenção do Estado do Ceará, a princípio, as prioridades são o reconhecimento e a relação dos sintomas psicossociais e doença mental com o trabalho, bem como garantir a atenção longitudinal ao(a) trabalhador(a) nos serviços de saúde.

Conforme o fluxo descrito na figura 02, o(a) usuário(a) trabalhador(a) com sintomas associados ao sofrimento mental deve ser acolhido na unidade de atendimento - UAPS, unidade de urgência/emergência, CAPS, CEREST, etc. Nesse momento é importante que o profissional instigue os familiares, acompanhantes e, se possível, o(a) trabalhador(a), quanto à suspeita do trabalho como fator contribuinte e ou potencializador da doença.

Sendo suspeita de TMRT, o profissional deverá encaminhar o(a) usuário (a) trabalhador(a) para a UAPS, CAPS, CEREST ou unidade de urgência/emergência para atendimento e início da investigação do agravo com o trabalho, se comprovado a relação dos transtornos mentais com o trabalho, realizar a notificação no SINAN.

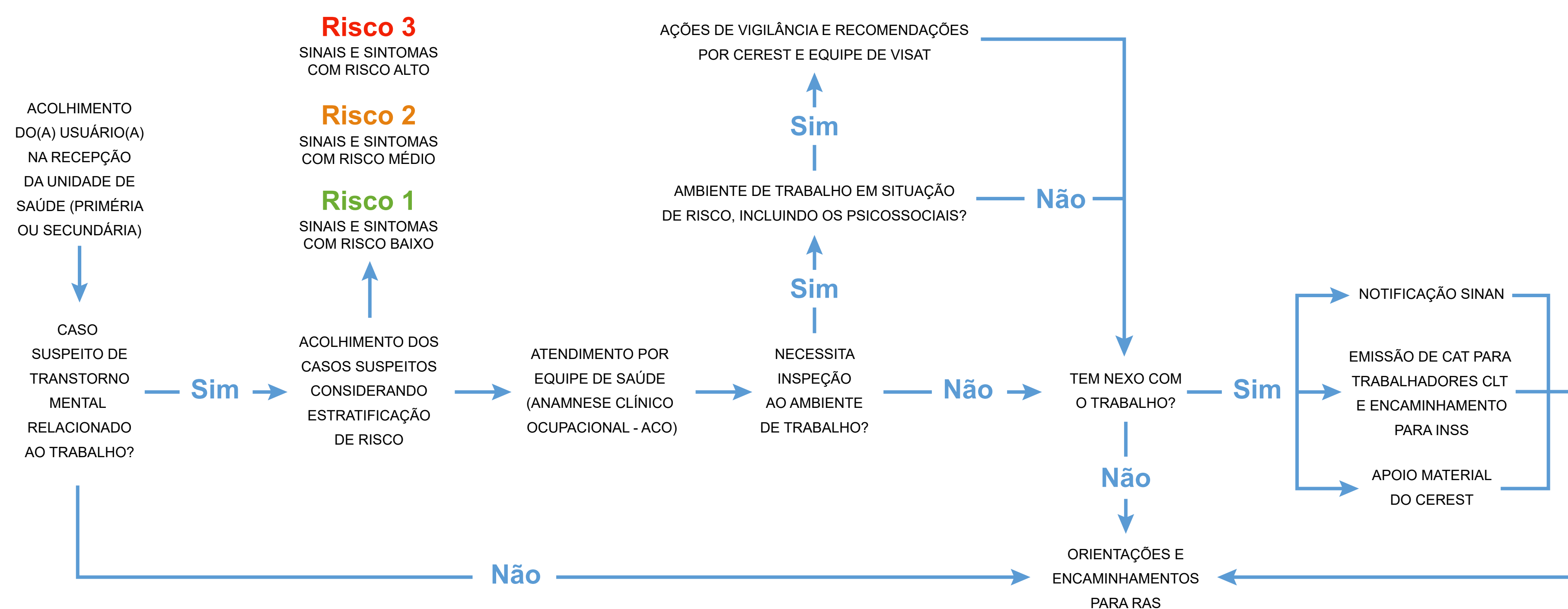
Também é importante acionar a Referência Técnica em Saúde do(a) Trabalhador(a) para avaliar a necessidade de inspeção no local de trabalho. No momento da inspeção, verificar a existência de riscos psicossociais, químicos e ergonômicos.

Se necessário, os serviços especializados de saúde deverão acompanhar, matriciar e realizar um PTS. O matriciamento é uma importante estratégia de cuidados compartilhados em que a equipe matriciadora, que é aquela especializada em saúde mental, implementaria processos de construção com a equipe de referência na atenção primária à saúde e de propostas de intervenção com corresponsabilização de ambos os serviços.

O PTS se mostra como uma importante estratégia na atenção à Saúde Mental, sobretudo diante das conquistas e diretrizes defendidas nas políticas públicas da saúde como a humanização, a integralidade e a equidade. O PTS é um instrumento facilitador de ações em saúde, uma vez que estabelece e organiza o cuidado, promove a autonomia e contribui com a noção de corresponsabilidade, pois é através de um diálogo entre equipe multiprofissional e usuário, considerando as particularidades do sujeito e as características de cada caso (BRASIL, 2014).

Destaca-se a pouca participação e corresponsabilidade entre gestores, profissionais da saúde e usuários na elaboração do matriciamento e do PTS, gerando excesso de encaminhamentos para serviços especializados de saúde mental, fragmentação do saber dentro da equipe multidisciplinar e dificuldade de compartilhar e discutir informações acerca dos casos, apesar de terem grande potencial no cuidado em saúde mental (BATISTA, 2020). É importante que a corresponsabilização do cuidado seja uma máxima no contexto das redes de atenção em Saúde do Trabalhador, vista a multidimensionalidade intrínseca ao campo.

FIGURA 2. Fluxo do atendimento ao(a) usuário(a) trabalhador(a) com transtorno mental relacionado ao trabalho.



07 INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DO TMRT

7.1. ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO EM TMRT

Identificar as atividades produtivas da população trabalhadora e as situações de risco à saúde dos(as) trabalhadores(as) no território é um dos objetivos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Conhecer a realidade da população trabalhadora é essencial para o bom funcionamento da Rede de Atenção à Saúde, por tanto, a Estratificação de Risco é uma estratégia que possibilita compreender e discutir sobre o(a) trabalhador(a) adoecido(a) e ofertar o melhor manejo dos casos e do cuidado para essa população.

O estabelecimento da linha de cuidado em saúde mental dos(a) trabalhador(a) permite que sejam aplicados critérios de avaliação para os casos de adoecimento mental relacionados ao trabalho e como as equipes da rede de atenção à saúde devem proceder diante desses casos.

A estratificação de risco em Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho se estabelece em níveis de agravamento da situação, considerando sinais e sintomas apresentados pelo(a) trabalhador(a), mesmo na ausência de um diagnóstico estabelecido. Foram considerados para construção desse modelo de estratificação: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MENDES, 2010) e os Indicadores e parâmetros propostos pela Assistência Médica Ambulatorial - AMA. Dessa maneira, ficam divididos em três níveis:

Risco I - Sintomas e sinais de transtornos mentais relacionados ao trabalho com risco baixo: refere-se às condições de saúde mental mais comuns, como sintomas depressivos, ansiosos e/ou somáticos que levam a prejuízos para o exercício das funções sociais, habituais e de trabalho.	Risco II - Sintomas e sinais de transtornos mentais relacionados ao trabalho com risco médio: refere-se às condições de saúde mental que geram incapacidade para realização das funções sociais, habituais e de trabalho, com dificuldades para execução de tarefas rotineiras por comprometimento cognitivo, perda funcional devido transtorno mental e/ou isolamento social no ambiente doméstico, de trabalho e da comunidade.	Risco III - Sintomas e sinais de transtornos mentais relacionados ao trabalho com risco alto: refere-se às condições de saúde mental graves, persistentes e incapacitantes, gerando comprometimentos significativos das rotinas sociais, habituais e de trabalho, como transtornos psicóticos e risco de suicídio.
---	--	---

QUADRO 7. Sumário da estratificação de risco em Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho. Ceará, 2023.

1/2

RISCO	SINAIS E SINTOMAS DE TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO	LOCAL E EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO
Risco I: Sintomas e sinais de transtornos mentais relacionados ao trabalho com risco baixo	<p>Sintomas depressivos e/ou ansiosos e/ou somáticos</p> <p>Uso problemático de álcool e outras drogas sem comprometimento significativo no exercício das atividades sociais e de trabalho;</p> <p>Diagnóstico de transtorno mental prévio em acompanhamento regular;</p> <p>Distúrbios alimentares;</p> <p>Alteração de sono e vigília;</p> <p>Mantém autonomia;</p> <p>Mantém boas práticas de autocuidado e higiene;</p> <p>Possui rede de apoio (familiares, amigos, colegas de trabalho, suporte da comunidade e RAS);</p>	Equipe de Atenção Primária à Saúde

2/2

RISCO	SINAIS E SINTOMAS DE TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO	LOCAL E EQUIPE RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO
Risco II: Sintomas e sinais de transtornos mentais relacionados ao trabalho com risco médio	<p>Episódios moderados ou recorrentes de depressão e/ou ansiedade;</p> <p>Uso problemático de álcool e outras drogas com comprometimento para realização das atividades rotineiras;</p> <p>Autonomia comprometida para realização de atividades instrumentais da vida diária (cozinhar, dirigir, pagar contas, exercer funções do trabalho e etc);</p> <p>Prejuízo cognitivo (falta de atenção e concentração, raciocínio lógico e planejamento) para acompanhar o ritmo de trabalho;</p> <p>Práticas de autocuidado e higiene comprometidas;</p> <p>Evitar contato social de qualquer natureza;</p> <p>Rede de apoio fragilizada;</p> <p>Ideação suicida sem planejamento.</p>	<p>Equipe de Atenção Primária à Saúde</p> <p>Equipe CEREST Regional ou Municipal e Estadual</p> <p>Matriciamento em saúde mental na RAPS</p> <p>Avaliar acompanhamento conjunto em CAPS</p>
Risco III: Sintomas e sinais de transtornos mentais relacionados ao trabalho com risco alto	<p>Transtornos mentais graves e persistentes, como depressão grave, agitação psicomotora com risco de auto e/ou hetero agressão, surtos psicóticos e pensamento suicida com ideação/planejamento;</p> <p>Uso problemático de álcool e outras drogas, incapacitantes para exercício das atividades diárias e de trabalho;</p> <p>Abstinência grave de substância psicoativas;</p> <p>Sem autonomia;</p> <p>Incapacidade para realização de atividades de autocuidado e higiene;</p> <p>Incapacidade para o trabalho;</p> <p>Isolamento social total;</p> <p>Rede de apoio muito fragilizada ou inexistente;</p> <p>Tentativa(s) anteriore(s) de suicídio.</p>	<p>Equipe de Atenção Primária à Saúde</p> <p>Equipe CAPS</p> <p>Equipe CEREST Regional ou Municipal e Estadual</p> <p>Matriciamento em saúde mental na RAPS</p> <p>Avaliar necessidade de atendimento em Serviço de urgência/emergência</p>

Fonte: elaboração dos autores.

7.2. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS E NOTIFICAÇÃO - SINAN DO TMRT

Dar visibilidade ao adoecimento mental e estabelecer a relação com o trabalho ainda é um desafio no SUS, visto que muitos profissionais da rede de atenção à saúde ainda desconhecem o trabalho como agente causador direto e ou ainda contributivo e potencializador da doença mental, bem como o caminho do cuidado do(a) usuário(a) trabalhador(a) com transtorno mental e do comportamento relacionado ao trabalho.

Destaca-se que, desde 2004, os transtornos mentais relacionados ao trabalho estão definidos pelo SUS como agravos de notificação compulsória e que esta notificação deve ser feita, no SINAN para todos os trabalhadores e trabalhadoras, independente do tipo de vínculo empregatício. Assim, ressalta-se a importância da notificação desses agravos, não somente para trabalhadores com vínculos formais, mas também para aqueles na informalidade, garantindo o conhecimento da situação de saúde, mensuração do problema para toda a população trabalhadora (BAHIA, 2014), o que pavimentar a construção de caminhos reais em prol do melhor cuidado a essas pessoas.

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria de Consolidação Nº 5, de 28 de setembro de 2017, em seu Anexo XLIII, apresenta a Lista Nacional de Doenças e Agravos a serem monitorados pela estratégia de vigilância sentinela. Nela estão incluídos vários agravos relacionados ao trabalho, como o TMRT (Brasil, 2017). As novas definições de casos das fichas de notificação de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho passaram a valer a partir de 1º de setembro de 2019, devendo ser seguidas por todos os Serviços Notificadores da Rede de Atenção à Saúde.

Segundo o Manual de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 2001), os TMRT não resultam de fatores isolados, mas da interação dinâmica entre contextos de trabalho e a estrutura psíquica dos trabalhadores. As ações implicadas no ato de trabalhar podem atingir o corpo dos trabalhadores, de modo que acarretam disfunções e lesões biológicas, além de reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas e podem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desenvolvido pelo trabalhador. Alguns casos são de natureza química, outros, diretamente relacionados às formas de organização e gestão do trabalho ou mesmo da ausência de trabalho e em muitos casos decorrem de uma ação sinérgica desses fatores.

Após a realização da relação do transtorno mental com o trabalho, o profissional de saúde poderá notificar a doença na ficha de notificação compulsória de TMRT (ANEXO 5), a partir de instruções específicas para seu preenchimento (ANEXO 6). A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde, realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública, podendo ser imediata ou semanal. Vale ressaltar que é necessário o CID-10 para a realização da notificação (SÃO PAULO, 2021).

Na Ficha de Investigação do SINAN específica para os transtornos mentais relacionados ao trabalho, a definição de caso de TMRT são aqueles resultantes de situações do processo de trabalho, provenientes de fatores pontuais como exposição a determinados agentes tóxicos, até a completa articulação de fatores relativos à organização do trabalho, como a divisão e parcelamento das tarefas, as políticas de gerenciamento de pessoas, assédio moral no trabalho e a estrutura hierárquica organizacional.

O fluxo da ficha de investigação inicia-se na unidade de atendimento que notificou, em seguida, pela vigilância epidemiológica municipal, regional, estadual e para o Ministério da Saúde. De acordo com a Nota Informativa (BRASIL, 2019), são passíveis de notificação todo caso de sofrimento psíquico ou emocional em suas diversos modos de expressão, tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravo de transtornos mentais (utilizando os CID - 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 e R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 e Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), cujos elementos causais e fatores de risco sejam relacionados ao trabalho, de modo que sejam repercussão da sua dinâmica e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos.

Entretanto, segundo Araújo (2017) importantes problemas permanecem tais como: a subnotificação; ausência de acompanhamento dos casos, adoção de modelos de atuação ainda centrados na doença com intervenção medicalizante; dificuldades no estabelecimento de nexos causais; ausência de um protocolo único norteador ou mesmo uma Linha de Cuidado para a Atenção Integral ao(à) Trabalhador(a) com Transtorno Mental Relacionado ao Trabalho.

Desse modo, a realidade fica negligenciada com impeditivos ao atendimento a demandas reais e à implementação e fortalecimento de políticas e ações públicas. Em momento oportuno, serão explicitados aspectos acerca da notificação do TM no contexto do fluxo do cuidado ao trabalhador com TMRT.

7.3. INVENTÁRIO SOBRE TRABALHO E RISCOS DE ADOECIMENTO (ITRA)

O Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA): Instrumento para auxiliar no diagnóstico de indicadores críticos no trabalho (ANEXO 1). Trata-se de um compilado de instrumentos que busca investigar o contexto de trabalho, o qual inclui as exigências possíveis em nível físico, cognitivo e afetivo, além de danos, riscos de adoecimento e as vivências de prazer e sofrimento no trabalho. É composto por quatro escalas interdependentes, a saber: Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho - EACT, Escala de Custo Humano do Trabalho - ECHT, Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho - EIPST, Escala de Avaliação de Danos Relacionados ao Trabalho - EADRT, (MENDES, 2007).

A EACT descreve o contexto de trabalho por meio de representações dos três domínios construídos com itens negativos: organização do trabalho, condições de trabalho e relações sociodemográficas (MENDES, 2007).

A ECHT aborda questões relacionadas com as exigências do trabalho quanto ao custo físico, cognitivo e afetivo, cujo reflexo ocorre nos três domínios da escala construída com questões negativas (MENDES, 2007).

A EIPST abrange aspectos relativos às vivências de prazer e sofrimento no trabalho na medida em que descreve o sentido do trabalho. É composta por quatro domínios: dois para avaliar prazer (realização profissional e liberdade de expressão), portanto, composta por itens positivos, e dois para avaliar o sofrimento no trabalho (esgotamento profissional e falta de reconhecimento) com itens negativos (MENDES, 2007).

A EADRT trata de representações dos danos físicos e psicossociais, além de descrever os efeitos do trabalho. É composta por três domínios: danos físicos, psicológicos e sociais (MENDES, 2007).

A análise de cada escala deve ser feita por fator, cujo escore será classificado dentro de três possibilidades: grave, crítica e satisfatória. Após análise, o conjunto será interpretado em conformidade com os níveis de avaliação que predominaram: satisfatório (resultado mais positivo e produtor de satisfação no trabalho); crítico (indicador de situação limite, potencializando o sofrimento no trabalho) ou grave (resultado negativo e produtor de sofrimento no trabalho).

Os resultados encontrados devem ser interpretados também de forma qualitativa, a partir da identificação dos fatores positivos e negativos do adoecimento e o olhar para a compensação e neutralização desses fatores, no contexto das situações de trabalho identificadas (MENDES; FERREIRA, 2007).

O inventário possibilita visualizar a realidade do ambiente psicossocial do trabalho, de forma mais geral. No entanto, não permite o aprofundamento da subjetividade. Por isso, o uso do inventário ITRA deve ser cauteloso e, se possível, associado a outra metodologia de avaliação que possibilite identificar as questões mais complexas inseridas nesse ambiente (MENDES; FERREIRA, 2007).

7.4. QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS - SELF-REPORT QUESTIONNAIRE – SRQ-20

O Questionário de identificação de transtornos mentais comuns - Self-report Questionnaire – SRQ-20 (ANEXO 2) se propõe à uma triagem de Transtornos Mentais Comuns - TMC e foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para estudar TMC (ou distúrbios psíquicos menores) em cuidados básicos de saúde. Sua aplicação é transcultural e é composto por vinte questões com respostas Sim ou Não, sendo que quatro questões são voltadas aos sintomas físicos e dezesseis aos distúrbios psicoemocionais (diminuição de energia, humor depressivo e pensamento depressivo). Sua utilização considera o princípio da sua confiabilidade e da utilização como padrão internacional; é de fácil aplicação e compreensão e alcança alta especificidade e sensibilidade. A maioria dos estudos adota o ponto de corte sete; ou seja, havendo resposta positiva (sim) a pelo menos sete das 20 perguntas do questionário, pode-se considerar que a pessoa apresenta algum grau de sofrimento psíquico ou transtorno mental comum.

7.5. ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DE AGRAVOS À SAÚDE MENTAL RELACIONADOS AO TRABALHO

O Roteiro de investigação de agravos à saúde mental relacionados ao trabalho, proposto por Moura Neto (2012), considera aspectos clínicos, pessoais e o histórico pregresso de saúde do trabalhador, alinhando a caracterização das cargas de trabalho envolvidas na atividade exercida. Possibilita a investigação de situações de assédio moral, sexual, discriminação racial, stress, sobrecarga de trabalho, trabalho penoso e situações de vulnerabilidade (ANEXO 3). O roteiro deve ser utilizado por profissionais de saúde e aplicado em momento oportuno à coleta das informações.

7.6. JOB CONTENT QUESTIONNAIRE - JCQ

Job Content Questionnaire - JCQ ou Questionário do Conteúdo do Trabalho é uma ferramenta que avalia os fatores psicossociais e organizacionais subjacentes ao stress no trabalho (ANEXO 4). Inicialmente foi elaborado para predição de stress relacionado ao trabalho e doenças cardiovasculares nos Estados Unidos e na Suécia.

É auto aplicável em qualquer contexto de trabalho, sendo direcionado à estrutura social e psicológica da situação de trabalho, porém não inclui nenhuma escala de medida para estressores não relacionados ao trabalho. A versão mais recente do instrumento abrange escalas de a) controle sobre o trabalho com uso de habilidades (6 questões), autoridade decisória (3 questões) e autoridade decisória no nível macro (8 questões); b) Demanda psicológica (9 questões); c) Demanda física (5 questões); d) Suporte social (11 questões) (5 sobre suporte social proveniente da chefia e 6 de suporte proporcionado pelos colegas de trabalho); e) Insegurança no trabalho (6 questões) e f) Nível de qualificação exigida para o trabalho que é executado (1 questão correspondente ao nível educacional que é requerido no posto de trabalho ocupado) (ARAÚJO et al, 2003).

7.7. CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICOS - TEPT

Os critérios diagnósticos de transtorno de estresse pós-traumáticos - TEPT foram descritos em alinhamento com o DSM-V, a fim de clarificar, contextualizar e dimensionar a amplitude do transtorno (ANEXO 5).

08

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DO TMRT E PROTEÇÃO DA SAÚDE DO(A) TRABALHADOR(A)

A prevenção dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho baseia-se na vigilância dos agravos à saúde e dos ambientes e condições de trabalho e valoriza a participação dos(as) trabalhadores(as).

Além do acompanhamento dos fatores de riscos psicossociais, destaca-se a importância da promoção de campanhas e ações de estímulo ao reconhecimento profissional dos trabalhadores, por parte da gestão e da sociedade como um todo, que possam exaltar o trabalho realizado sem produzir contudo, uma idealização do profissional-herói que precisa se sacrificar à serviço dos demais, permitindo com isso o reconhecimento também das limitações e necessidades deste ofício.

A Redução do stress no ambiente de trabalho é uma das medidas eficazes, visto que ele pode levar a situações de desentendimento entre os membros da equipe, pois todos estão vivendo momentos extremos. Alguns ambientes e processos de trabalho são caracterizados pelas exigências de uma elevada carga física e emocional, além de, frequentemente, desencadear stress. Constantemente as relações entre o trabalhador e a instituição são foco de tensões e conflitos e, neste momento, isso tende a ser exacerbado. É importante que cada instituição observe as necessidades de suporte aos seus trabalhadores. É oportuno identificar intervenções no ambiente e processos de trabalho que possam minimizar os efeitos nocivos do stress e, ao mesmo tempo, propiciar alívio para o sofrimento psicológico (BRASIL, 2020).

De acordo com Brooks et al (2020), táticas de autocuidado para preservação do bem-estar dos trabalhadores favorecem a identificação de suas potencialidades, vulnerabilidades e limites. Sugere-se que os trabalhadores sejam criativamente lembrados das seguintes ações:

No âmbito pessoal

- Reduzir o consumo de café, chás pretos e outros estimulantes;
- Comer, descansar e exercitar-se regularmente;
- Compartilhar suas experiências com outras pessoas sobre o que está vivenciando;
- Apreciar e apoiar colegas de trabalho;
- Buscar por pequenos momentos para parar e relaxar;
- Pensar em soluções que foram úteis em outros momentos difíceis da vida;
- Procurar manter-se desfocado do trabalho quando não estiver trabalhando;
- Identificar trabalhadores que experienciam estressores adicionais (ex., condições de saúde que os tornem mais vulneráveis, familiares que estejam adoentados ou vulneráveis, responsabilidade por crianças pequenas com aulas suspensas, etc.), de modo a auxiliá-los individualmente de soluções para o manejo das circunstâncias;
- A equipe de assistência em saúde mental pode oferecer aos trabalhadores espaço para expressão e acolhimento dos sentimentos, nos momentos de início e término da jornada de trabalho.
- Evitar a auto culpabilização por erros, perdas e recuos;
- Ter assegurado o direito à recusa de ampliação de jornada de trabalho, bem como, ao exercício profissional sem os devidos insumos e EPIs;
- Rememorar experiências de crises passadas para estabilizar o emocional no presente;
- Realizar atividade física regular e manter uma dieta saudável;
- Respirar profundamente durante alguns minutos antes de entrar no ambiente de trabalho e em situações difíceis no trabalho;
- Cuidado com a quantidade e qualidade de acesso a mídias de massa, limitando a quantidade de notícias lidas em jornal, rádio, televisão, grupos de WhatsApp e demais redes sociais, focando em fontes confiáveis de informação, assim usando o tempo para compartilharem notícias positivas;
- Questionar pensamentos catastróficos e substituir por outros mais prováveis;
- Buscar suporte social com amigos, familiares, colegas de trabalho, mesmo que de forma virtual;
- Realizar práticas de gerenciamento da sua saúde mental e bem-estar psicossocial (Exemplo: relaxamento, meditação, técnicas de respiração, apoio mútuo entre colegas, alongamentos e práticas integrativas, entre outros);
- Realização de pausas e descanso suficientes durante o trabalho ou entre turnos;
- Não hesitar em procurar ajuda, inclusive profissional, caso se sinta sobrecarregado(a), desesperado(a), estressado(a), ansioso(a), depressivo(a);
- Evitar usar lógicas de enfrentamento que, no longo prazo, possam trazer outras consequências para a sua saúde, como uso de tabaco, álcool ou outras drogas.

No âmbito institucional

- Garantir as condições básicas para os(as) trabalhadores(as) desenvolverem suas atividades, como pessoal suficiente, materiais e equipamentos adequados, espaços apropriados, suporte gerencial, operacional e psicossocial necessários, acesso a informação fidedigna e atualizada, treinamento e atualização dos protocolos em tempo hábil;
- Promover políticas de reconhecimento profissional com impacto também na remuneração;
- Alternar as equipes em rodízios de serviços de alta e baixa tensão;
- Criar de núcleos de saúde do trabalhador e trabalhadora;
- Incentivar as chefias a ouvirem as sugestões dos trabalhadores para aprimorar o ambiente de trabalho;
- Incentivo a boa comunicação e a atualização sobre informações relevantes;
- Disponibilizar suporte psicológico online, bem como equipes de saúde mental que possam atuar junto aos(as) trabalhadores(as);
- Oferecer acolhimento responsável à equipe;
- Orientar para a existência de serviços de saúde e de apoio psicossocial para os(as) trabalhadores(as) e que sejam estendidos às suas famílias.

No âmbito gerencial

- Ampliar o quadro de pessoal, com a garantia de equipes multiprofissionais para ações interdisciplinares;
- Organizar o trabalho em sistemas de pares (veteranos e novatos);
- Acompanhar a saúde integral da equipe cotidianamente;
- Definir claramente as atribuições no âmbito dos núcleos profissionais e do campo da saúde mental do trabalhador;
- Criar oportunidades para que os trabalhadores possam discutir o impacto dos casos atendidos;
- Incentivar a Educação Permanente em Saúde;
- Incentivar o suporte social entre os colegas de trabalho;
- Viabilizar a breves pausas para descanso durante a jornada de trabalho;
- Evidenciar aos trabalhadores que o stress é natural em situações de crise como a que estamos vivendo e que sentir suas descompensações não significa fraqueza nem incapacidade para realizar o trabalho;
- Incentivar o desenvolvimento de estratégias adequadas de manejo do stress (atividade física, descanso e alimentação saudável);
- Fomentar procedimentos de autocuidado para a gestão imediata, como parte integrante da equipe;
- Apontar para o risco de utilizar procedimentos negativos de manejo do stress (abuso de substâncias);
- Disponibilizar atendimento de saúde mental e apoio psicossocial para os (as) trabalhadores(as) em modalidade presencial ou online;
- Implementar horários flexíveis para os trabalhadores diretamente afetados ou que tenham um membro da família afetado por um evento estressante;
- Oferecer um espaço de acolhimento e comunicação entre e com a equipe, monitorando de forma regular a saúde e o bem-estar dos(as) trabalhadores(as).

No âmbito da sociedade

- Propor ao executivo, ao legislativo e às instâncias participativas a criação de políticas públicas para o fortalecimento do SUS;
- Propor às instâncias públicas e próprias das categorias profissionais a realização de campanhas de valorização do profissional de saúde e de coibição de estigmas por meio do incentivo ao cumprimento das medidas de enfrentamento à emergências em saúde, sugeridas pela OMS e demais órgãos responsáveis.

No âmbito da atuação do psicólogo seja no campo institucional ou clínico

- Capacitar-se e atualizar-se sobre atuação em emergências;
- Capacitar-se e atualizar-se sobre atuação em contexto de crise;
- Articular teoria com os achados do campo;
- Conhecer as alternativas de assistência e realizar acompanhamentos e encaminhamentos devidos;
- Atentar aos sintomas e verbalizações apresentadas por estes profissionais que apontem para o stress excessivo(distresse);
- Usar ferramentas diagnósticas para auxiliar no reconhecimento do nexos causal, bem como para a melhor alternativa ao tratamento;
- Oferecer escuta qualificada e ética;
- Planejar para que a primeira interação seja resolutive e focada em fortalecer os recursos pessoais;
- Atentar para a presença de ideação suicida entre os profissionais e avaliar a intensidade da ideação e seus possíveis riscos, realizando os encaminhamentos necessários;
- Trabalhar com prevenção e psicoeducação, oferecendo informação embasada em evidências científicas.

09 REFERÊNCIAS

ABÍLIO, L. C. Uberização no trabalho- Subsunção real da viração, ideias e debates. 2017.

ACIOLI, D. M. N; SANTOS, A. A. P; SANTOS, J. A. M; SOUZA, I. P; SILVA, R. K. L. Impactos da pandemia de COVID-19 para a saúde de enfermeiros. Revista de Enfermagem UERJ. Brasil, 2022.

Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/63904/41813>. Acesso em 03 de agosto de 2022.

American Psychiatric Association – APA (2023). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5-TR. Artmed

ANAMT, Transtorno mental é a 3ª causa de afastamentos de trabalho.

Disponível em: <https://www.anamt.org.br/portal/2017/10/26/transtorno-mental-e-a-3a-causa-de-afastamentos-de-trabalho/#:~:text=Transtorno%20mental%20%C3%A9%20a%203%C2%AA%20causa%20de%20afastamentos%20de%20trabalho%20%E2%80%93%20ANAMT.> 2017.

ARAÚJO, T. M. et al. Estresse ocupacional e saúde: contribuições do Modelo Demanda. Ciência e Saúde Coletiva 8 (4):991-1003, 2003.

_____. Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 22(10):3235-3246, 2017.

AZEVEDO, C. R. F.; GADELHA, G. G. Cartilhas de Atendimento do SAMUFor: Urgências em Saúde Mental. Fortaleza; NEP SAMUFor; 2. ed; Set. 2022. 104 p. ilustração, tab. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1379433>>

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Diretoria de Vigilância e Atenção à Saúde do Trabalhador. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador. Protocolo de atenção à saúde mental e trabalho. Org. por Suerda Fortaleza de Souza/SESAB/SUVISA/DIVAST/CESAT - Salvador: DIVAST, 2014. 60 p: il. (Caderno de Saúde do Trabalhador. Série Vigilância da Saúde do Trabalhador).

BARRETO, M; BERENCHTEIN, N. N; PEREIRA, L. Do assédio moral à morte de si: dignificado sociais do suicídio no trabalho. – 1 Ed. – São Paulo: Matsunaga, 2011.

BATISTA, O. P. E. Cultura, Saúde Mental e Educação Popular-Uma Relação Dialógica na Produção de Cuidado Coletivo entre Mulheres. – 2020.

BONADIMAN, C. S. C. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. Revista Brasileira de Epidemiologia [online]. 2017, v. 20] , pp. 191-204.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050016>. Acesso em: 11 out. 2022.

BOTTEGA, C. G. A hora do “bom dia” – Apontamentos para composição da linha de cuidado em saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). In: Merlo, A.R.C.; Bottega, C.G.; & Perez, K.V., (Org.). Atenção à saúde mental do trabalhador-Sofrimento e transtornos psíquicos relacionados ao trabalho. Porto Alegre: Evangraf, 2014. p. 244-268.

_____. Linha de cuidado em saúde mental do trabalhador: discussão para o SUS. Rev. Polis e Psique, 2016; 6(3): 77 – 102. Disponível em: <file:///C:/Users/Lenovo/Desktop/linha%20de%20cuidado/PINHEIRO%20LC.pdf>. Acesso em: 01 dez 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. rev. e atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude_5ed_21nov21_isbn5.pdf/view Acesso em: 07 de out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília G do DF. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 116 p.

BRASIL, Resolução Nº 643, de 02 de setembro de 2020. Dispõe sobre a aprovação da versão atualizada da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT) constante na Portaria MS nº 2.309, de 28 de agosto de 2020, publicada no Diário Oficial da União no dia 01 de setembro de 2020. Publicado no DOU em: 00/00/2020 | Edição: 00 | Seção: 00 | Página: 00

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19 - Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinanet/cnv/transmentalce.def>. Acessado em 15 de set. de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília G do DF. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental: noções das urgências e emergências em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. 116 p.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1379433> Acesso em: 20 de jan 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Informativa n.º 61/2018-DSAST/SVS/MS. Informa sobre os Indicadores de Saúde do Trabalhador a serem monitorados pelos Cerest quadrimestralmente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018c.

Disponível em: http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/nota_informativa_61.pdf. Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do trabalhador e da trabalhadora. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 41). Versão preliminar eletrônica.

Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/recursos/caderno-atencao-basica-41-saude-trabalhador-trabalhadora>. Acesso em: 7 Out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolidacao-n-5-de-28-de-setembro-de-2017.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html. Acesso em: 6 jun. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [Internet].

Caderno de Atenção Básica, nº39. Brasília; 2014.

Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39. Acesso em: 07 de out. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acessado em 15 de set. de 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7602.htm. Acesso em: 6 jun. 2022.

BRASIL, Adoecimento mental e trabalho. 1º Boletim quadrimestral.

Disponível em: https://www.gov.br/previdencia/pt-br/images/2017/04/1a_boletim-quadrimestral.pdf. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União. 26 dez 2011; Seção 1- p.230.

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 114) 580 p.

Disponível em <http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/manuais/seguranca%20e%20saude%20no%20trabalho/Saude-dotrabalhador.pdf>. Acesso em: 31 out. 2022.

BRITO, B. A.; ARRIAGA, M. T.; GOUVEIA, S. M. Manual Apoio Psicossocial a Migrantes [Internet]. 2015. 44 p.

Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Projetos/Agenda_Europeia_Migracoes/Documentos/manual_apoio_psicossocial_a_migrantes.pdf Acesso em: 20 de jan 2023.

BROOKS, S. K. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet, London, England, v. 395, p. 912-20, 2020.

CEARÁ. Política Estadual de Saúde Mental, álcool e outras drogas (PESMAD).

Disponível em: <https://www.cosemsce.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Politica-Estadual-de-Saude-Mental.pdf> Acesso em: 12 set. 2022.

ANEXOS

INSTRUMENTOS E ROTEIROS PARA RELAÇÃO DO
TRANSTORNO MENTAL COM O TRABALHO

1- Escala de Avaliação do Contexto do Trabalho (EACT):

Leia os itens abaixo e escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho.

1 Nunca	2 Raramente	3 Às vezes	4 Frequentemente	5 Sempre
------------	----------------	---------------	---------------------	-------------

O ritmo de trabalho é excessivo	1	2	3	4	5
As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	1	2	3	4	5
Existe forte cobrança por resultados	1	2	3	4	5
As normas para execução das tarefas são rígidas	1	2	3	4	5
Existe fiscalização do desempenho	1	2	3	4	5
O número de pessoas é insuficiente para se realizar as tarefas	1	2	3	4	5
Os resultados esperados estão fora da realidade	1	2	3	4	5
Existe divisão entre quem planeja e quem executa	1	2	3	4	5
As tarefas são repetitivas	1	2	3	4	5
Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	1	2	3	4	5
As tarefas executadas sofrem descontinuidade	1	2	3	4	5
As tarefas não estão claramente definidas	1	2	3	4	5
A autonomia é inexistente	1	2	3	4	5
A distribuição de tarefas é injusta	1	2	3	4	5
Os funcionários são excluídos das decisões	1	2	3	4	5
Existem dificuldades na comunicação entre chefias e subordinados	1	2	3	4	5
Existem disputas profissionais no local de trabalho	1	2	3	4	5
Falta integração no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
A comunicação entre funcionários é insatisfatória	1	2	3	4	5
Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	1	2	3	4	5
As informações de que preciso para realizar minhas tarefas são de difícil acesso	1	2	3	4	5
As condições de trabalho são precárias	1	2	3	4	5
O ambiente físico é desconfortável	1	2	3	4	5
Existe muito barulho no ambiente de trabalho	1	2	3	4	5
O mobiliário existente no trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
Os instrumentos de trabalho são insuficientes para executar as tarefas	1	2	3	4	5
O posto de trabalho é inadequado para a realização das tarefas	1	2	3	4	5
Os equipamentos necessários para a realização das tarefas são precários	1	2	3	4	5
O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	1	2	3	4	5
As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	1	2	3	4	5
O material de consumo é insuficiente	1	2	3	4	5

2 - Escala de Custo Humano do Trabalho (ECHT)

Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à avaliação que você faz das exigências decorrentes do seu contexto de trabalho.

1 Nada exigido	2 Pouco exigido	3 Mais ou menos exigido	4 Bastante exigido	5 Totalmente exigido
-------------------	--------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------

Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Ter custo emocional	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros	1	2	3	4	5
Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
Ser submetido a constrangimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5
Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
Fazer previsão de acontecimentos	1	2	3	4	5
Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar a memória	1	2	3	4	5
Ter desafios intelectuais	1	2	3	4	5
Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
Ter concentração mental	1	2	3	4	5
Usar a criatividade	1	2	3	4	5
Usar a força física	1	2	3	4	5
Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5
Caminhar	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ficar em pé	1	2	3	4	5
Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar as mãos de forma repetida	1	2	3	4	5
Subir e descer escadas	1	2	3	4	5

3- Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST):

Avaliando o seu trabalho nos últimos seis meses, marque a frequência em que ocorrem vivências positivas e negativas.

1 Nunca	2 De vez em quando	3 Mensalmente	4 Semanalmente	5 Diariamente
------------	--------------------------	------------------	-------------------	------------------

Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	1	2	3	4	5
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	1	2	3	4	5
Solidariedade entre os colegas	1	2	3	4	5
Confiança entre os colegas	1	2	3	4	5
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	1	2	3	4	5
Liberdade para usar a minha criatividade	1	2	3	4	5
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias	1	2	3	4	5
Cooperação entre os colegas	1	2	3	4	5
Satisfação	1	2	3	4	5
Motivação	1	2	3	4	5
Orgulho pelo que faço	1	2	3	4	5
Bem-estar	1	2	3	4	5
Realização profissional	1	2	3	4	5
Valorização	1	2	3	4	5
Reconhecimento	1	2	3	4	5
Identificação com as minhas tarefas	1	2	3	4	5
Gratificação pessoal com as minhas atividades	1	2	3	4	5
Esgotamento emocional	1	2	3	4	5
Stress	1	2	3	4	5
Insatisfação	1	2	3	4	5
Sobrecarga	1	2	3	4	5
Frustração	1	2	3	4	5
Insegurança	1	2	3	4	5
Medo	1	2	3	4	5
Falta de reconhecimento do meu esforço	1	2	3	4	5
Falta de reconhecimento do meu desempenho	1	2	3	4	5
Desvalorização	1	2	3	4	5
Indignação	1	2	3	4	5
Inutilidade	1	2	3	4	5
Desqualificação	1	2	3	4	5
Injustiça	1	2	3	4	5
Discriminação	1	2	3	4	5

4- Escala de Avaliação dos Danos Relacionados ao Trabalho (EADRT):

Os itens a seguir tratam dos tipos de problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho. **Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos últimos seis meses.**

1 Nunca	2 De vez em quando	3 Mensalmente	4 Semanalmente	5 Diariamente
------------	-----------------------	------------------	-------------------	------------------

Dores no corpo	1	2	3	4	5
Dores nos braços	1	2	3	4	5
Dor de cabeça	1	2	3	4	5
Distúrbios respiratórios	1	2	3	4	5
Distúrbios digestivos	1	2	3	4	5
Dores nas costas	1	2	3	4	5
Distúrbios auditivos	1	2	3	4	5
Alterações do apetite	1	2	3	4	5
Distúrbios na visão	1	2	3	4	5
Alterações do sono	1	2	3	4	5
Dores na perna	1	2	3	4	5
Distúrbios circulatórios	1	2	3	4	5
Insensibilidade em relação aos colegas	1	2	3	4	5
Dificuldades nas relações fora do trabalho	1	2	3	4	5
Vontade de ficar sozinho	1	2	3	4	5
Conflitos nas relações familiares	1	2	3	4	5
Agressividade com os outros	1	2	3	4	5
Dificuldade com os amigos	1	2	3	4	5
Impaciência com as pessoas em geral	1	2	3	4	5
Amargura	1	2	3	4	5
Sensação de vazio	1	2	3	4	5
Sentimento de desamparo	1	2	3	4	5
Mau-humor	1	2	3	4	5
Vontade de desistir de tudo	1	2	3	4	5
Tristeza	1	2	3	4	5
Irritação com tudo	1	2	3	4	5
Sensação de abandono	1	2	3	4	5
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	1	2	3	4	5
Solidão	1	2	3	4	5

Por favor, leia as instruções antes de preencher as questões abaixo. É muito importante que todos que estão preenchendo o questionário sigam as mesmas instruções.

Instruções: Estas questões são relacionadas a certas dores e problemas que podem ter lhe incomodado nos últimos 30 dias. Se você acha que a questão se aplica a você e você teve o problema descrito nos últimos 30 dias responda SIM. Por outro lado, se a questão não se aplica a você e você não teve o problema nos últimos 30 dias, responda NÃO.

OBS: Lembre-se que o diagnóstico definitivo só pode ser fornecido por um profissional.

PERGUNTAS	RESPOSTAS
9.1 – Você tem dores de cabeça frequente?	() SIM () NÃO
9.2 – Tem falta de apetite?	() SIM () NÃO
9.3 – Dorme mal?	() SIM () NÃO
9.4 – Assusta-se com facilidade?	() SIM () NÃO
9.5 – Tem tremores nas mãos?	() SIM () NÃO
9.6 – Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)	() SIM () NÃO
9.7 – Tem má digestão?	() SIM () NÃO
9.8 – Tem dificuldades de pensar com clareza?	() SIM () NÃO
9.9 – Tem se sentido triste ultimamente?	() SIM () NÃO
9.10 – Tem chorado mais do que de costume?	() SIM () NÃO
9.11 – Encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	() SIM () NÃO
9.12 – Tem dificuldades para tomar decisões?	() SIM () NÃO
9.13 – Tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, causa-lhe sofrimento?)	() SIM () NÃO
9.14 – É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	() SIM () NÃO
9.15 – Tem perdido o interesse pe as coisas?	() SIM () NÃO
9.16 – Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	() SIM () NÃO
9.17 – Tem tido ideia de acabar com a vida?	() SIM () NÃO
9.18 – Sente-se cansado(a) o tempo todo?	() SIM () NÃO
9.19 – Você se cansa com facilidade?	() SIM () NÃO
9.20 – Tem sensações desagradáveis no estômago?	() SIM () NÃO
9.21 – Total de respostas SIM:	
9.22. Este sujeito, de acordo com a pontuação acima, tem sofrimento mental leve:	1 () 2 ()

RESULTADO: Se o resultado for ≥ 7 (maior ou igual a sete respostas SIM) está comprovado sofrimento mental.

Use o espaço abaixo para qualquer observação pertinente a esta coleta de dados:

Responsável pela Aplicação: _____ Data: ___ / ___ / ___

Data: ____ / ____ / ____

Registro nº: _____

Função relacionada com o adoecimento: _____

Tempo na ECT:	Tempo na função:
Tempo de início das queixas de saúde mental:	
Descrição das tarefas atuais / anteriores, caso se relacionem com a queixa:	

QUEIXAS INICIAIS:

Tipo, fatores de piora e melhora, desencadeantes, evolução, tratamentos realizados e seus resultados:

HISTÓRIA PESSOAL:

(história atual e pregressa: aspectos afetivos, psicossociais, comportamentais, familiares e vocacionais)

HISTÓRIA PREGRESSA DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE:

Antecedentes Pessoais	
Patologias atuais já confirmadas	
Afastamento do serviço por agravo à saúde	
Fumo (S/N) Álcool (S/N) Drogas (S/N)	

EXAME PSÍQUICO:

EXAME FÍSICO E NEUROLÓGICO SUMÁRIO:

Peso: _____ PA: _____ P: _____ Tipo: _____

Estado de Nutrição: Obeso [] Normal [] Emagrecido []

Sinais de processo autoimune ? S () N ()

Função tireoideana: Normal () Hipo () Hiper ()

Queixas:

Observações:

Fácies: _____ Voz: _____ Cefaléia: S () N ()

Tonturas: S () N () Convulsões/Desmaios/Equivalentes: S () N ()

Alterações neurológicas relevantes:

Lentidão dos processos mentais: S () N () Mímica Facial:

SÍNTESE DOS DADOS:

QUADRO CLÍNICO:

ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DE NEXO CAUSAL (ABAIXO): S () N ()

DIAGNÓSTICO (CID):

RELAÇÃO CAUSAL? S () N () NOTIFICAÇÃO: CAT () SINAN ()

ENCAMINHADO: RAPS/SUS () OUTRO:

AFASTAMENTO: S () N () INSS: S () N ()

a) _____ a) _____

ROTEIRO DE INVESTIGAÇÃO DA RELAÇÃO CAUSAL COM O TRABALHO**CARACTERIZAÇÃO DAS CARGAS DE TRABALHO ENVOLVIDAS**

Assédio Moral ? () Sim () Não

Caracterizar: prática sistemática discriminatória, humilhante, vexatória, desqualificadora, exigência no cumprimento de metas inatingíveis, imposição de tarefas arbitrárias no ambiente de trabalho.

Assédio Sexual ? () Sim () Não

Caracterizar: abordagem de natureza sexual no ambiente de trabalho, podendo ser desdobrado em assédio moral

Discriminação racial ? () Sim () Não

Caracterizar: situação específica que atinge os trabalhadores afro-descendentes, traduzida por prática discriminatória, humilhante, vexatória, desqualificadora, de invalidação.

Situação de estresse ? () Sim () Não

Caracterizar: ritmo do processo de trabalho, nível de atenção exigido, nível de monitoramento e de controle, vivências de situações perigosas, reduzido nível de autonomia, conflitos inter-pessoais no ambiente de trabalho.

Sobrecarga de trabalho ? () Sim () Não

Caracterizar: verificar a relação jornada/tempo de trabalho com a quantidade/qualidade das tarefas exigidas, quantificar/dimensionar o volume da produção executada diariamente, verificar a exigência de extensão da jornada de trabalho, imposição na execução de atividades secundárias que traduzem um sobre-trabalho.

Trabalho penoso ? () Sim () Não

Caracterizar: intenso desgaste físico, trabalho sob condições exaustivas, vivências constrangedoras e emocionalmente desgastantes, isolamento, tarefas com elevado nível de minuciosidade.

Situação de vulnerabilidade ? () Sim () Não

Caracterizar: risco iminente de perda do emprego, afastado com risco de demissão após a alta do INSS, produtividade reduzida por agravo à saúde ou situação de fragilidade pessoal.

Fonte: MOURA NETO, 2012.

Critério A – Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
3. Saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental.
4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).

Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de mídia eletrônica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

Critério B – Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.

Nota: Em crianças acima de 6 anos de idade, pode ocorrer brincadeira repetitiva na qual temas ou aspectos do evento traumático são expressos.

2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.

Nota: Em crianças, pode haver pesadelos sem conteúdo identificável.

3. Reações dissociativas (p. ex., flashbacks) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente. (Essas reações podem ocorrer em um continuum, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.)

Nota: Em crianças, a reencenação específica do trauma pode ocorrer na brincadeira.

4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático.

Critério C – Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes aspectos:

1. Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

2. Evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

Critério D - Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Incapacidade de recordar algum aspecto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas).

2. Crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”).

3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.

4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).

5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.

6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.

7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

Critério E – Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos.

2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.

3. Hipervigilância.

4. Resposta de sobressalto exagerada.

5. Problemas de concentração.

6. Perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

Critério F – A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

Critério G - A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Critério H - A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Determinar o subtipo

Com sintomas dissociativos | Os sintomas do indivíduo satisfazem os critérios de transtorno de estresse pós-traumático, e, além disso, em resposta ao estressor, o indivíduo tem sintomas persistentes ou recorrentes de:

1. Despersonalização - Experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta).

2. Desrealização - Experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido).

Nota: Para usar esse subtipo, os sintomas dissociativos não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões, comportamento durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas).

Especificar se

Com expressão tardia | Se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas).

Fonte: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, 2014.

Definição de caso: Todo caso de sofrimento emocional em suas diversas formas de manifestação tais como: choro fácil, tristeza, medo excessivo, doenças psicossomáticas, agitação, irritação, nervosismo, ansiedade, taquicardia, sudorese, insegurança, entre outros sintomas que podem indicar o desenvolvimento ou agravamento de transtornos mentais utilizando os CID - 10: Transtornos mentais e comportamentais (F00 a F99), Alcoolismo (Y90 e Y91), Síndrome de Burnout (Z73.0), Sintomas e sinais relativos à cognição, à percepção, ao estado emocional e ao comportamento (R40 a R46), Pessoas com riscos potenciais à saúde relacionados com circunstâncias socioeconômicas e psicossociais (Z55 a Z65), Circunstância relativa às condições de trabalho (Y96) e Lesão autoprovocada intencionalmente (X60 a X84), os quais tem como elementos causais fatores de risco relacionados ao trabalho, sejam resultantes da sua organização e gestão ou por exposição a determinados agentes tóxicos.

Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual				
	2	Agravamento/doença		TRANSTORNOS MENTAIS RELACIONADOS AO TRABALHO				
		Código (CID10)		F99				
	3	Data da Notificação						
	4	UF	5	Município de Notificação	Código (IBGE)			
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7	Data do Diagnóstico	
Notificação Individual	8	Nome do Paciente		9		Data de Nascimento		
	10	(ou) Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	11	Sexo M - Masculino F - Feminino 1 - Ignorado	12	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
		13		Raça/Cor		1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado		
	14	Escolaridade		0 - Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6 - Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7 - Educação superior incompleta 8 - Educação superior completa 9 - Ignorado 10 - Não se aplica				
	15	Número do Cartão SUS		16		Nome da mãe		
Dados de Residência	17	UF	18	Município de Residência	Código (IBGE)			
	19	Distrito				20	Bairro	
	21	Logradouro (rua, avenida,...)				22	Número	
	23	Complemento (apto., casa, ...)				24	Geo campo 1	
	25	Geo campo 2				26	Ponto de Referência	
	27	CEP				28	(DDD) Telefone	
	29	Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado				30	Pais (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso							
	Antecedentes Epidemiológicos	31	Ocupação				32	Situação no Mercado de Trabalho
		01 - Empregado registrado com carteira assinada		05 - Servidor público celetista		09 - Cooperativado		33
02 - Empregado não registrado		06 - Aposentado		10 - Trabalhador avulso				
03 - Autônomo/ conta própria		07 - Desempregado		11 - Empregador				
04 - Servidor público estatutário		08 - Trabalho temporário		12 - Outros				
09 - Ignorado								
Dados da Empresa Contratante								
34		Registro/ CNPJ ou CPF		35		Nome da Empresa ou Empregador		
36		Atividade Econômica (CNAE)		37	UF	38	Município	
							Código (IBGE)	
39	Distrito		40	Bairro		41	Endereço	
42	Número		43	Ponto de Referência		44	(DDD) Telefone	
45	O Empregador é Empresa Terceirizada		1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado					
Doença Relacionada ao Trabalho/ transtornos mentais relacionados ao trabalho Sinan NET SVS 21/06/2019								
Transtornos mentais	46	Tempo de Exposição ao Agente de Risco		47		Regime de Tratamento		
	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		1 - Hospitalar 2 - Ambulatorial		48		Diagnóstico Específico	
					CID 10			
49	Hábitos 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Drogas psicoativas <input type="checkbox"/> Psicofármacos		50	Hábito de Fumar 1 - Sim 2 - Não 3 - Ex- fumante 9 - Ignorado		51	Tempo de Exposição ao tabaco	
						1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		
Conclusão	52	Conduta Geral		<input type="checkbox"/> Afastamento da situação de desgaste mental <input type="checkbox"/> Adoção de proteção individual		<input type="checkbox"/> Adoção de mudança na organização do trabalho <input type="checkbox"/> Nenhum		
	1 - Sim 2 - Não				<input type="checkbox"/> Adoção de proteção coletiva <input type="checkbox"/> Afastamento do local de trabalho <input type="checkbox"/> Outros			
	53	Há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho?		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		54	O paciente foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) no SUS ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos mentais?	
					1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
	55	Evolução do Caso		1 - Cura 2 - Cura não confirmada 3 - Incapacidade Temporária 4 - Incapacidade Permanente Parcial 5 - Incapacidade Permanente Total 6 - Óbito por doença relacionada ao trabalho 7 - Óbito por Outra Causa 8 - Outro 9 - Ignorado				
56	Se Óbito, Data		57		Foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho			
				1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado				
Informações complementares e observações								
Investigador	Município/Unidade de Saúde		Cód. da Unid. de Saúde					
	Nome		Função		Assinatura			
Doença Relacionada ao Trabalho/ transtornos mentais relacionados ao trabalho Sinan NET SVS 21/06/2019								

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

19.	Anotar o nome do distrito de residência do paciente.	CAMPO ESSENCIAL
20.	Anotar o nome do bairro (ou código correspondente segundo cadastro do SINAN) de residência do paciente ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.	CAMPO ESSENCIAL
21.	Anotar o tipo (avenida, rua, travessa, etc) e nome completo ou código correspondente do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto. Se o paciente for indígena anotar o nome da aldeia.	CAMPO ESSENCIAL
22.	Anotar o número do logradouro da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.	CAMPO ESSENCIAL
23.	Anotar o complemento do logradouro (ex. Bloco B, apto 402, lote 25, casa 14, etc).	CAMPO ESSENCIAL
24.	Caso esteja sendo utilizado o georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo1 (ex. Se o município estiver usando o Geocampo1 para informar a quadra ou número, nele deve ser informado o número da quadra ou número).	
25.	Caso esteja usando georreferenciamento, informar o local que foi adotado para o campo Geocampo2.	
26.	Anotar o ponto de referência para localização da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto (perto da padaria do João)	CAMPO ESSENCIAL
27.	Anotar o código de endereçamento postal do logradouro (avenida, rua, travessa, etc) da residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.	CAMPO ESSENCIAL
28.	Anotar DDD e telefone do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto.	CAMPO ESSENCIAL
29.	Zona de residência do paciente, se notificação individual ou do local de ocorrência do surto, se notificação de surto por ocasião da notificação (Ex. 1= área com características estritamente urbana, 2= área com características estritamente rural, 3= área rural com aglomeração populacional que se assemelha à uma área urbana).	CAMPO ESSENCIAL
30.	Anotar o nome do país de residência quando o paciente notificado residir em outro país.	PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
31.	Identificar a ocupação, função desenvolvida pelo trabalhador na data do acidente.	PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO
32.	Identifique a situação no mercado de trabalho, conforme as alternativas apresentadas.	CAMPO ESSENCIAL
33.	Anotar o tempo de trabalho na ocupação.	CAMPO ESSENCIAL
34.	Anotar o número de registro da empresa contratante - Código nacional de Pessoa Jurídica- CNPJ ou Cadastro de Pessoa Física- CPF.	CAMPO ESSENCIAL
35.	Anotar a razão social (nome) da empresa contratante.	CAMPO ESSENCIAL
36.	Anotar o ramo de atividade econômica conforme CNAE da empresa.	CAMPO ESSENCIAL
37.	Anotar a unidade federada, o estado onde está localizada a empresa.	CAMPO ESSENCIAL
38.	Anotar o município onde está localizada a empresa contratante.	CAMPO ESSENCIAL
39.	Anotar o distrito do município onde está localizada a empresa contratante.	CAMPO ESSENCIAL
40.	Anotar o bairro do município onde está localizada a empresa contratante.	CAMPO ESSENCIAL
41.	Anotar o endereço da empresa, rua, avenida...	CAMPO ESSENCIAL
42.	Anotar o número das instalações da empresa.	CAMPO ESSENCIAL

43.	Anotar um ponto de referência para localização da empresa.	
44.	Anotar o telefone da empresa.	
45.	Identificar se a empresa contratante e empresa terceirizada (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).	CAMPO ESSENCIAL
46.	Anote o tempo de exposição ao agente de risco causador do transtorno mental.	CAMPO ESSENCIAL
47.	Identifique se o regime de tratamento foi hospitalar ou ambulatorial.	CAMPO ESSENCIAL
48.	Anote o diagnóstico específico, conforme a CID.	CAMPO ESSENCIAL
49.	Identifique quais os hábitos que o paciente tem, conforme as opções.	CAMPO ESSENCIAL
50.	Identifique se o paciente tem hábito de fumar.	CAMPO ESSENCIAL
51.	Se fumante, há quantos anos fuma ou fumou.	CAMPO ESSENCIAL
52.	Identificar qual foi a conduta geral, conforme as alternativas apresentadas.	CAMPO ESSENCIAL
53.	Identificar se há ou houve outros trabalhadores com a mesma doença no local de trabalho (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).	CAMPO ESSENCIAL
54.	Identificar se o trabalhador foi encaminhado a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPES) ou outro serviço especializado em tratamento de transtornos mentais (1= Sim, 2= Não ou 9= Ignorado).	CAMPO ESSENCIAL
55.	Identificar qual foi a evolução do caso, conforme as alternativas apresentadas.	CAMPO ESSENCIAL
56.	Identifique, se houve óbito, a data em que ocorreu.	CAMPO ESSENCIAL
56.	Identifique se foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho para o INSS (1= Sim, 2= Não 3= Não se aplica ou 9= Ignorado).	CAMPO ESSENCIAL

Utilize o espaço de observações para acrescentar quaisquer informações que julgar importante. Identifique o município e a U.S - Unidade de Saúde que realizou esta investigação;

Anote o código da Unidade de Saúde;

Identifique o nome de quem realizou esta investigação. Identifique a função de quem realizou esta investigação. O investigador deve assinar esta investigação.