

Documento Orientador

Conferência Livre Nacional de Saúde Mental e Trabalho

**Por que enlouquecemos no trabalho?
A saúde mental da classe trabalhadora importa!**

Etapa preparatória da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental
Fortalecer e garantir políticas públicas: o SUS, o cuidado de saúde
mental em liberdade e o respeito aos direitos humanos



28 de setembro, 8h30 - 18h, na Fundacentro
(evento on-line - 9h)

Rua Capote Valente, 710 - Pinheiros, São Paulo/SP
Próximo ao Metrô Clínicas, Sumaré e Oscar Freire



5ª CONFERÊNCIA
NACIONAL
DE SAÚDE MENTAL
DOMINGOS SÁVIO

Caminhos do adoecimento no trabalho

A teleatendente Jane

A equipe de saúde de uma unidade básica de saúde (UBS) atende uma usuária, Helena, de 42 anos de idade, que se encontra muito abalada, pois sua filha Jane, de 20 anos, havia tentado se matar, ingerindo muitos comprimidos de Diazepam. Ela nem sabia que sua filha tomava esse medicamento controlado. Ela não conseguia entender por qual motivo sua filha havia feito isso. Logo agora que tudo parecia estar bem. A menina havia conseguido um emprego como operadora de telemarketing, saía toda arrumadinha para o trabalho, e trabalhava só 6 horas, podendo continuar os estudos. Era trabalho limpo. Não precisava limpar banheiro como Helena, que era diarista.

Conversando com Jane, pela primeira vez Helena soube o quanto sua filha se sentia desvalorizada no trabalho e se sentia injustiçada. No seu emprego, recebia telefonemas de clientes que queriam cancelar o plano de uma operadora de celular. Jane tinha que convencê-los a permanecer no plano. Os clientes eram muito agressivos, estavam aborrecidos, pois se sentiam enganados. Ela tinha dificuldade até de falar porque sabia que eles tinham razão. Jane tentava, mas sentia que não era convincente e não era bem-sucedida.

O número de clientes que ela convencia a voltar atrás era muito pequeno e não conseguia bater as metas estabelecidas pela empresa. Seu nome era sempre um dos últimos no quadro que a chefe colocava em uma parede para que todos pudessem tomar conhecimento de quem eram os melhores funcionários e de quem eram os piores.

A chefe falava para quem quisesse ouvir que até uma criança de 5 anos conseguiria fazer melhor que Jane. Ela se sentia injustiçada e pensava que se o produto da empresa fosse melhor, ela certamente conseguiria convencer os clientes.

Fazia 7 meses que vinha sofrendo, mas não queria contar para sua mãe, que estava muito orgulhosa do emprego que sua filha havia conseguido. Sentiu-se em um beco sem saída e, num ímpeto, achou que o melhor a fazer era deixar de viver.

O entregador Leandro

Leandro, de 24 anos de idade, entregador por aplicativo, trabalha 12 horas por dia. Tem que ficar alerta e esperar ser chamado. Quando é acionado pelo aplicativo, tem que largar o que está fazendo para atender. Assim, muitas vezes fica sem comer. Tem um bebê de 4 meses, que dorme no mesmo quarto que ele e a mulher. Todas as vezes que a criança chora, ele acorda. Isso acontece algumas vezes durante a noite, principalmente quando o bebê está com algum resfriado.

Num desses dias, na pressa para levar uma das entregas e se sentindo cansado depois de 10 horas de trabalho, sua moto derrapou, provocando sua queda. Resultado: fraturou a perna. O Samu chegou logo e foi atendido em um pronto-socorro. A previsão é de que ficará com a perna engessada por pelo menos dois meses e depois precisará ainda fazer fisioterapia.

A moto tem que ir para o mecânico, e Leandro não tem dinheiro para consertá-la. Ele nem acabou de pagá-la. Está desesperado, pois vai ficar muitos meses sem trabalhar e, portanto, sem receber. Não paga o INSS. Começou a ficar nervoso, brigando por qualquer coisa. Sua mulher passou a fazer faxina para ganhar um dinheirinho, deixando o bebê com a vizinha já que Leandro não consegue andar. Quando as agentes comunitárias de saúde (ACS) passaram em sua casa, ela pediu orientação para ver o que fazer. Acha que o marido precisa de ajuda de um psicólogo, mas essa não é a opinião dele.

A técnica de enfermagem Jussara

Jussara é uma técnica de enfermagem com 39 anos, divorciada, sem filhos, e trabalha num Caps (Centro de Atenção Psicossocial) da grande São Paulo. Mora com os pais de mais de 80 anos e com a irmã solteira de 45 anos. Ambas cuidam da casa e dos pais.

Em junho de 2020, ela testou positivo para Covid-19, foi afastada do trabalho e passou a ser monitorada por telefone por profissionais da UBS do bairro. Num desses telefonemas, a médica percebeu que ela estava com sintomas de depressão e pediu para a psicóloga fazer os atendimentos por telefone.

Jussara relatou à psicóloga que quando surgiu a pandemia foi tomada por um grande medo de morrer. Além de ser hipertensa e ter os pais idosos, ela trabalhava com escassez de equipamentos de proteção individual, que foram racionados pela baixa quantidade do estoque. Nunca recebeu uma máscara N95, só máscaras descartáveis. Passou a fazer o que chamou de “aquela rotina neurótica de limpeza de tudo”. Porém, a insegurança era enorme.

Muitas de suas atividades no Caps ocorriam a céu aberto, e esse era um fator que diminuía a sua tensão. Mas o distanciamento com os pacientes era impossível pela própria dinâmica do trabalho.

Seu medo se intensificou porque a certa altura ela já tinha perdido um colega médico por Covid e ficou sabendo da morte de profissionais do Samu. Passou a viver com o fantasma da morte. Isolou-se dos pais na edícula da casa, mas ficou deprimida. Conta que desde o início da pandemia começou a ficar triste. A mudança de rotina, os mercados lotados com pessoas brigando por causa de comida; depois as ruas vazias, finais de semana sem lazer, sem amigos. Todos passaram a ter medo dela por ser

profissional da saúde e ainda trabalhar com pacientes que não usavam máscaras e num tipo de serviço que não conseguia seguir os protocolos preconizados. Havia grande preocupação por ser uma pessoa com comorbidade e não ter sido afastada do trabalho devido à falta de profissionais. Foram afastados apenas aqueles que tinham mais idade. Ninguém perguntou se ela convivia com idosos. Jussara revelou que tinha medo de contaminar os pais e ao mesmo tempo tinha medo de morrer. Além disso, Jussara não queria mais retornar ao trabalho.

O vigilante Ronaldo

Ronaldo (nome fictício) trabalhou durante muitos anos na área da vigilância. Graduou-se em várias modalidades de artes marciais e se tornou segurança particular, atuando para importantes figuras públicas. Sempre se sentiu orgulhoso por poder realizar seu trabalho com compromisso e competência.

No decorrer de sua carreira profissional, foi trabalhar em uma agência bancária. Nessa agência, sofreu um assalto praticado por uma quadrilha criminoso. Durante a fuga dos criminosos, foi ameaçado de morte e teve uma arma engatilhada apontada para sua cabeça. Continuou a trabalhar na agência bancária, mas sentiu que as coisas não eram mais como antes do assalto. Sentia-se muito irritado, tenso, hipervigilante e explosivo. Estourava com os clientes na porta giratória, quando lhe perguntavam algo ou contestavam suas ordens.

Desenvolveu um transtorno de estresse pós-traumático (Tept) em decorrência da vivência perturbadora no contexto de trabalho, mas seu adoecimento não foi reconhecido e ele não foi afastado. Sofreu um infarto na agência bancária e, desta vez, foi afastado de sua atividade; mesmo assim, sem o reconhecimento devido do grave quadro de adoecimento mental que o acometeu. Cuidou do problema cardíaco, como podia, mas o Tept o acompanhou e se tornou cada vez mais crônico, levando inclusive a alterações comportamentais ainda mais graves.

Na perícia do INSS, o perito negligenciou o seu adoecimento psíquico e recomendou que o vigilante retornasse ao trabalho. Somente depois de o vigilante entregar ao perito do INSS um laudo técnico indicando a gravidade do seu caso e os riscos a que outras pessoas poderiam estar expostas na sua presença é que o perito decidiu mantê-lo afastado do trabalho. Além do próprio trabalhador, sua esposa e seus filhos sofreram duramente os prejuízos decorrentes do seu adoecimento.

A vigilante Eva

Eva também trabalhou durante muitos anos na vigilância, em diversos setores. Como mulher, negra, pobre, da periferia, em uma profissão considerada tipicamente masculina, enfrentou várias dificuldades, que não podem ser corretamente

compreendidas sem o entendimento das relações de poder envolvidas nas questões raciais, de sexo/gênero e de classe.

Em um Fórum do Poder Judiciário, enfrentava usuários que se negavam a cumprir ordens e a ofendiam, inclusive, com racismo. Em uma das situações vividas, a assessora de um magistrado lhe disse que deveria voltar para a “senzala”, em evidente conduta racista que alude ao período da escravização e que situa as pessoas negras em lugares de subalternidade, inferiorização e desvalorização. Eva também testemunhou o suicídio de um colega de trabalho, dos serviços gerais, e foi demitida por “justa causa” pela empresa de vigilância, como se tivesse tido responsabilidade pelo ocorrido. Seu chefe, à época, disse-lhe que suas mãos estavam “sujas de sangue” e que se tornaria um exemplo do que não se deveria fazer na área da vigilância. A vigilante desenvolveu um transtorno de estresse pós-traumático e foi cuidada em uma clínica-escola em uma instituição de ensino superior.

A trabalhadora de frigorífico Lena

Lena tem 48 anos de idade e foi demitida há seis meses de um grande frigorífico, onde trabalhou durante 28 anos. Durante o primeiro ano de trabalho sentia dor nas mãos, que voltou a sentir após mais ou menos cinco anos. Nessa época, ela tinha três filhos pequenos e morava em uma casinha infestada de cupins. Tinha medo de ser demitida e não conseguir outro emprego.

Ela conta que durante o período em que trabalhou lá, muitos não aguentavam, e depois se falava na empresa: “Aquele não aguentou! Não quer trabalhar!” Lena sabia que não. Ela só aguentava “porque não podia perder o emprego”, mas a dor que sentia era contínua e em casa não conseguia fazer mais nada. Uma das filhas fazia o trabalho doméstico. Não procurava o ambulatório da empresa para “não dar na vista”.

A empresa queria que ela assumisse um cargo de auxiliar da chefia da produção, mas ela nunca aceitou, porque não conseguiria exigir mais das pessoas. Sabia que faziam tudo que era possível.

A trabalhadora diz que vestia a camisa da empresa. Era até contra manifestos do sindicato e se arrepende muito agora: “se a gente pudesse voltar atrás ... mas a gente não pode”.

Com a demissão e a incapacidade para conseguir outro emprego, procurou o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, onde teve o diagnóstico de LER/Dort e depressão. Foi encaminhada para o INSS, mas o perito não lhe concedeu o benefício. Aquele filme ela já tinha visto com muitos colegas, mas agora era com ela. O físico e o psicológico se misturam, como ela diz.

O ajudante geral Gilmar

Gilmar tem 20 anos de idade e trabalha em uma empresa metalúrgica há dois anos. Embora seu cargo seja de ajudante geral, ele trabalha em uma prensa. Há dois meses, para acelerar o ritmo de trabalho e conseguir atingir a meta estabelecida, desativou o mecanismo de proteção, o que é teoricamente proibido, mas os supervisores fazem vista grossa, pois todos os prensistas fazem a mesma coisa para conseguir dar a produção exigida.

A prensa baixou na “hora errada”, e Gilmar teve os três dedos do meio da mão direita decepados.

Os cotos estão com boa cicatrização, mas a sensação de tristeza, desânimo e vergonha tomaram conta de Gilmar, que esconde a mão dentro de sua roupa. A mãe dele deu graças a Deus pelo fato de a prensa não ter cortado a mão toda e não entende a tristeza do filho. E Gilmar não consegue nem verbalizar o que sente.

A ajudante geral Rose

Rose tem 33 anos de idade e trabalha em uma empresa da indústria plástica há mais de 10 anos. Procura uma UBS com queixas de dor de cabeça, fadiga, distúrbios de humor e do sono há alguns meses.

Não apresenta nenhuma alteração no exame físico, exames como hemograma e glicemia estão normais. Certo dia, Rose se encontra com uma vizinha que é ACS na UBS e lhe conta o que sente, dizendo que não aguenta mais o cheiro de uma substância química usada na empresa. A ACS lhe pergunta se ela havia falado sobre isso com o médico, e ela nega. Como sente esse cheiro há mais de 10 anos, não achava que poderia ter relação com seus sintomas, que percebeu há alguns meses.

A ACS fala com o médico. Ele reavalia Rose e verifica que ela tem contato com tolueno, um solvente com cheiro característico que pode causar os sintomas da usuária nas situações de exposição crônica. Como parte da investigação, faz contato com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador para ver se o serviço tem informações sobre a empresa.

A trabalhadora doméstica Neli

Neli tem 37 anos de idade e trabalhava havia 20 anos na casa de uma família, um casal e 2 filhos que nem eram nascidos quando começou como faxineira nessa casa. Com o tempo, deixou de ser diarista e passou a trabalhar todos os dias para eles. Fazia de tudo: faxina, comida, lavava e passava roupa. Quando os meninos eram pequenos, cuidava deles e até os levava para a escola, já que apenas os buscavam.

Ela se sentia bem na casa, apesar de o trabalho ser bem puxado. Era muito grata, pois mal sabia ler e escrever. Sua vizinha a ajudava com a casa e com seus filhos, em troca de um dinheirinho.

Há um ano começou a ter muita dor na coluna e nos braços. No começo, ainda conseguia lavar e passar. Estender a roupa era a pior parte. Mas não procurou médico para não faltar, pois sentia que a família dependia muito dela.

Com o tempo, tudo foi piorando, não conseguia mais dar conta do serviço da casa e teve que contar para a patroa de sua dor.

Depois de cerca de um mês, a patroa a dispensou, dizendo que ela tinha que se cuidar e que não poderia continuar trabalhando daquele jeito. Deu-lhe um salário a mais.

Neli se sentiu sem chão e demorou para se dar conta de que estava desempregada. A vizinha a levou à UBS para que fosse avaliada. Teve diagnóstico de desgaste na coluna e nos braços pelos tantos anos que havia trabalhado duro naquela casa. Neli se sentia cada vez mais perdida: estava doente e sem emprego.

Seus filhos já eram grandes e se viravam, mas ela pensava o tempo todo como havia se dedicado àquela família. Quando os meninos eram pequenos, ela via mais os filhos dos patrões do que via os próprios filhos. Nunca tinha tido carteira assinada e não sabia como iria sobreviver. Começou a sentir uma tristeza profunda. A vizinha estava revoltada com a atitude daquela família, mas Neli não conseguia sentir raiva, pois afinal ela não conseguia mais dar conta do recado.

A bancária Sandra

Sandra, 48 anos, é formada em Sociologia, Direito e Tecnologia da Informação e trabalha no departamento jurídico de um grande banco privado. Vive com dois filhos na faixa dos 20 anos, que estudam em faculdades particulares.

No início da pandemia, sendo diabética, foi orientada a ficar em casa, pois fazia parte do grupo de risco de ter um quadro mais grave de Covid-19.

Pegou o seu computador (CPU, monitor, teclado) e foi para casa, pois a empresa não lhe forneceu um notebook. Seu trabalho é de análise de documentos e processos de empresas, clientes do banco.

Conforme conta, as cobranças não pararam, sentia-se vigiada pelo sistema VPN, pois a empresa sabia de todos os seus passos. O sistema caía sempre, e ela imediatamente tinha que entrar em contato com o suporte de informática pelo WhatsApp. A correção do problema frequentemente demorava, e ela se sentia perdendo tempo. Teve de comprar um plano melhor de internet e se queixava muito da cadeira que tinha em casa, que não é confortável, e à qual imputava a responsabilidade

pela intensificação da dor na coluna e na cabeça depois que começou a trabalhar em casa.

O seu chefe mandava dezenas de mensagens por dia, e Sandra tinha que responder imediatamente. Dizia que até para ir ao banheiro, levava o celular, pois receava não ler imediatamente as mensagens que recebia nos grupos e não responder. Reuniões não programadas aconteciam sempre, e ela tinha de interromper o trabalho, sempre pensando nas metas para cumprir.

Achava que a pressão havia piorado durante a pandemia, pois quando trabalhava presencialmente, havia momentos de muita tensão, que eram aliviadas quando saía “das vistas da chefia”. O chefe era percebido de maneira onipresente, invadindo o grupo do setor pelo WhatsApp várias vezes ao dia. Sandra vivia apreensiva, ficava com o “coração na boca” quando via que ele havia enviado uma mensagem, pois sabia que era para pressionar e por vezes ser humilhada com brincadeiras e alusões ao seu desempenho.

Depois de alguns meses de trabalho remoto, começou a ter sintomas de ansiedade, alteração de sono e começou a tomar um medicamento controlado e a fazer psicoterapia, além de se ressentir fisicamente, com muita dor na coluna pelo mobiliário improvisado de sua casa.

O que essas histórias nos dizem sobre a saúde mental e o mundo do trabalho?

As histórias rapidamente contadas retratam milhões de pessoas que procuram o SUS (Sistema único de Saúde) diariamente. Acostumados à ideia de que é preciso engolir a dor e o choro para continuar trabalhando e garantir seu sustento, os trabalhadores e as trabalhadoras desrespeitam seus limites físicos e emocionais e se desdobram para conseguir permanecer nas atividades, formais ou informais, que pagam suas contas. Suportam perigos e riscos, pressão e humilhação. Sentem-se ameaçados e descartáveis, frequentemente sem saber quanto vão receber no final do mês, pois tudo depende das metas. Ainda têm medo de perder o emprego. A subjetividade deles é abafada, e muitas vezes se sentem imprescindíveis, até que ao menor sinal de doença, são mandados embora. As doenças se misturam com muita frequência e afetam o físico e o psicológico, como disse Lena.

Globalmente, os Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC) figuram entre os principais grupos de doenças que afetam a saúde da população e causam incapacidade e redução de anos de vida no trabalho e fora dele. A diminuição no bem-estar e na qualidade de vida de trabalhadores e trabalhadoras, decorrente de quadros mentais, gera incapacidades temporárias ou definitivas para o trabalho.

Além disso, parte dessas ocorrências é provocada ou agravada pelo trabalho e pode ser prevenida. O avanço da precarização do trabalho é recorrente no mundo do trabalho contemporâneo e se expressa, entre outras formas, nas longas e intensificadas jornadas, **na falta de autonomia na realização das tarefas e de participação na organização do processo de trabalho**, nas práticas de violência psicológica para atingir as metas, nas avaliações de desempenho que estimulam o individualismo e a competição entre trabalhadores/as.

No contexto neoliberal, a redução progressiva de proteção social, os vínculos cada vez mais precários de trabalho, a crescente informalidade e o desemprego, a discriminação por alterações na capacidade de trabalho em decorrência de doenças crônicas ou pela idade, por exemplo, favorecem o sofrimento psíquico e o adoecimento mental. Também a exposição a produtos químicos, como solventes e metais pesados, são responsáveis por quadros de depressão orgânica e quadros de transtorno cognitivo, psicose orgânica, quadros demenciais.

Apesar desses casos de sofrimento baterem à porta do SUS diariamente, raramente os profissionais de saúde mental levam em conta o trabalho como determinante central da saúde.

São muitos os transtornos mentais relacionados ao trabalho! Mas não aparecem nas estatísticas! Por quê?

Dados da OMS (Organização Mundial da Saúde), de 2022, estimam que 15% dos adultos em idade produtiva têm um problema de saúde mental. No mundo, 280 milhões de pessoas vivem com depressão, 301 milhões com ansiedade, 64 milhões com transtorno mental grave, e 703.000 pessoas morrem por suicídio anualmente. No Brasil, segundo a Previdência Social, os afastamentos por incapacidade para o trabalho decorrente de transtornos mentais tiveram uma média anual de 203 mil casos entre 2017-2019. Em 2020, foram registrados 289 mil benefícios previdenciários, com um aumento de 30% no ano da pandemia da Covid-19.

Em relação aos transtornos mentais relacionados ao trabalho, existe uma subnotificação global. No Brasil, há falta de diagnóstico no SUS e no setor privado da saúde, mas ainda que de forma imprecisa, é possível conhecer um pouco da dimensão e características do problema. A População Economicamente Ativa (PEA) brasileira é de cerca de 105 milhões de trabalhadores, dos quais 53,9 milhões são trabalhadores formais, contribuintes da Previdência Social e segurados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Segundo os dados do INSS, de 2008 a 2021, as principais causas de afastamentos superiores a 15 dias e que receberam o benefício acidentário por incapacidade para o

trabalho se referem aos grupos de lesões, envenenamentos e outras consequências externas, seguidas do grupo de doenças do sistema osteomuscular e dos transtornos mentais e comportamentais. Desses últimos, os mais numerosos foram “reações ao estresse grave”, seguidos de “outros transtornos ansiosos” e “episódios depressivos”.

Dados do Ministério da Saúde, que se referem aos atendimentos feitos no SUS, em sua grande maioria nos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, mostram que entre 2006 e 2017, houve 8.474 casos notificados, tendo como principais diagnósticos “reações ao estresse grave”, “transtornos de adaptação” e “episódios depressivos e outros transtornos ansiosos”. Neste estudo a maioria dos trabalhadores/as com idade entre 30-49 anos (67,2%), do sexo feminino (59,7%) e trabalhavam em serviços e administração; enquanto entre os casos de homens predominava atividades industriais.

O transtorno de estresse pós-traumático apareceu com maior frequência entre cobradoras de ônibus, operadoras de telemarketing, operárias e profissionais de enfermagem. Os transtornos do humor (depressão) foram expressivos nas notificações de faxineiras, operárias e professoras. Entre os homens, a maior proporção dos diagnósticos de transtornos pós-traumáticos ocorreu entre motoristas urbanos e rodoviários, seguidos pelos vigilantes, agentes de segurança e penitenciários, gerentes comerciais e carteiros.

Cabe registrar os quadros de Transtorno de Estresse Pós-Traumático que se desenvolvem a partir dos acidentes graves e fatais presenciados ou vividos nas empresas. O Brasil encontra-se entre os campeões mundiais de mortes por acidentes de trabalho, na quarta posição. A orfandade e o desamparo acompanham essa situação, causando grande impacto familiar

Outra questão importante que passa despercebida nesse processo de adoecimento mental pela classe trabalhadora é o etarismo. Os trabalhadores e as trabalhadoras, em função da reforma trabalhista e previdenciária, tendem a se aposentar acima dos 70. Trabalham nos mesmos espaços que trabalhadores mais jovens e exercem, às vezes, as mesmas funções com metas semelhantes. Em função da idade e da limitação física e cognitiva no uso das tecnologias, têm mais dificuldades para alcançá-las, desencadeando sentimentos de incompetência, improdutividade, nulidade, ansiedade e depressão.

Para além das dificuldades dos registros e dos dados epidemiológicos dos órgãos oficiais, a centralidade do trabalho na vida das pessoas é um fato. Nesse cenário, o estabelecimento de nexos de causalidade entre os diversos quadros com os quais nos deparamos e o trabalho é extremamente necessário. O sofrimento no trabalho não aparece porque não somos capazes de fazer os diagnósticos, tanto no mercado formal como no informal e, portanto, ficam invisíveis no sistema de informação do SUS. No mercado formal, não há interesse dos gestores públicos e das empresas privadas em

desvelar esses adoecimentos, e muito menos notificá-los. Além disso, o INSS historicamente possui mecanismos que ocultam os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, como por exemplo, o boicote sistemático ao nexo técnico epidemiológico (uso de critério epidemiológico para caracterizar agravos relacionados ao trabalho).

O trabalho como determinante social de saúde e as atribuições do SUS

O trabalho aparece na lei orgânica de saúde (Lei 8080/90) reiteradas vezes. O mesmo ocorre em relação às atribuições do SUS em oferecer atenção integral à saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras. A Política Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (PNSTT) pressupõe a articulação entre as ações individuais de assistência, de recuperação dos agravos e ações coletivas de promoção, de prevenção, de vigilância dos ambientes, de processos e atividades de trabalho e de intervenção. Considera a necessária integração com outras práticas de saúde, sem deixar de lado a subjetividade e os saberes dos/as trabalhadores/as.

A PNSTT conta com cerca de 200 Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), presentes em todas as regiões do país, com unidades em diferentes municípios. Apesar disso, ainda há muito por fazer. Parte dos desafios diz respeito à necessidade de efetivar o caráter sistêmico das políticas a serem desenvolvidas no âmbito do SUS. As abordagens em saúde mental, assim como em saúde do trabalhador, são transversais. É, portanto, fundamental o enraizamento no SUS de uma perspectiva que considere a integralidade das determinações e necessidades humanas. Assim, tal como o trabalho é dimensão constitutiva da vida cotidiana daqueles e daquelas que acessam o SUS, questões relacionadas à classe social, à raça, à etnia e à orientação sexual interseccionam-se na vida de todos, repercutindo na saúde mental. Não existe trabalhador/a sem psiquê e nem vida digna sem trabalho realizado em condições sociais favoráveis à saúde.

Pensar nesses termos nos coloca diante de outro desafio: o da diversidade de contextos e situações implicadas no trabalho. Já faz algum tempo, a noção de “mundo do trabalho” assumiu novos contornos e sentidos. Se na maior parte do século XX predominou, com referência ao fordismo, uma noção mais homogeneizadora da classe trabalhadora, as mudanças ocorridas a partir das últimas décadas do século passado, com o avanço da precarização do trabalho, aprofundaram e tornaram mais evidentes os traços de heterogeneidade. Assim, vários “mundos”, onde diferentes situações tecem vida e trabalho cotidianos, interseccionam-se e compõem o que nos acostumamos a denominar como *mundo do trabalho*. Em comum, a tendência cada vez mais evidente da presença de trabalhos que trazem sofrimento e adoecimento, e suas incidências particulares na esfera mental.

Uma das questões a refletir é o embate entre trabalho formal e informal. Dados do IBGE mostram que, no primeiro trimestre de 2023, a taxa de desocupação do país foi de 8,8%. No terceiro trimestre de 2022, a taxa composta de subutilização da força de trabalho¹ foi de 18,9%, chegando a quase 40% em alguns estados do Nordeste. Esses percentuais evidenciam que os/as trabalhadores/as procuram trabalhar mais, entretanto, proliferam-se as ocupações precarizadas, eventuais, mal remuneradas e que propiciam menos horas de trabalho. Dados dessa população, apurados entre 2016 e 2019, mostram uma taxa de subutilização ascendente, em particular a partir de 2017, sugerindo reflexos do golpe sofrido nesse ano na legislação trabalhista.

Com o pretexto de "modernização das relações de trabalho", essa Contrarreforma Trabalhista aprofundou um padrão de regulação privada do trabalho, segundo o economista José Dari Krein, além de operar retrocessos de direitos conquistados pela classe trabalhadora. Para o especialista, ela criou "um cardápio de opções aos empregadores para manejar a força de trabalho de acordo com as suas necessidades".

Esses apontamentos têm sido evidenciados pela literatura científica e jurídica especializada. É o que fazem os juristas Valdete Souto Severo e Jorge Luiz Souto Maior ao destacar várias dessas alterações na legislação trabalhista, como: incentivo ao "teletrabalho sem limitação de jornada"; "criação da figura do 'autônomo', que trabalha com ou sem exclusividade, de forma contínua ou não"; autorização da "jornada 12x36 por acordo individual - com a possibilidade, ainda, de realização de horas extras, suprimindo descanso semanal remunerado (DSR) e feriados"; e prevalecimento do "negociado sobre o legislado, sem garantia efetiva para um questionamento na Justiça".

No Brasil, a taxa de informalidade atinge 39% da população ocupada. Em estados da região Norte e Nordeste chega a ultrapassar os 50%, a exemplo do Pará (59,6%). São homens e mulheres que trabalham em condições precárias, sem qualquer lei que regulamente e proteja a relação de trabalho, como entregadores por aplicativos, ambulantes, coletores de material reciclável, guardadores de rua, malabaristas dos semáforos.

As empregadas domésticas embora contem com uma lei que regulamenta o contrato de trabalho, em sua maioria, continuam na informalidade. Essa situação, típica do mercado de trabalho brasileiro, mas em acentuação nos últimos anos, torna o adoecimento invisibilizado, ampliando a subnotificação dos agravos relacionados ao trabalho, principalmente no caso do transtorno mental.

Nas atividades rurais, a situação é mais dramática, pois 78% estão na informalidade. São os que trabalham por safras, migrando para as regiões onde há trabalho, ainda que mal pagos e em situações análogas à escravidão. As mulheres negras são as mais penalizadas em todas as áreas do mundo do trabalho.

No mercado formal, seja público ou privado, a precarização é crescente. Todos passaram a trabalhar muito mais, com menos gente e recursos. As metas a bater são inatingíveis. Os sistemas e métricas de avaliação de desempenho não consideram as

¹ Percentual de pessoas desocupadas, subocupadas por insuficiência de horas trabalhadas e na força de trabalho potencial em relação à força de trabalho ampliada

várias dimensões do trabalho real e excluem quem não se adequa. Impõem-se protocolos rígidos fora da realidade enfrentada pelos/as trabalhadores/as, o que, longe de contribuir para a saúde e a segurança, geram constrangimentos e dificultam a realização do trabalho.

No setor público, são comuns as queixas sobre a perda de sentido do trabalho em áreas cruciais para a população. Os profissionais da saúde, rapidamente esquecidos depois da pandemia, experimentam cotidianamente a sobrecarga laboral. Muitas vezes com supervisão insuficiente, veem-se mergulhados em tentativas de resolver, por própria conta, a carência de recursos essenciais. Apesar disso, confrontam-se o tempo todo com exigências burocráticas que demandam muito tempo e com a ausência de autonomia para desenvolver e organizar seus processos de trabalho.

Observa-se a disseminação do teletrabalho. Em contradição com as promessas de mais tempo livre para a vida familiar e pessoal, a transferência das atividades laborais para o ambiente domiciliar tem implicado em jornadas mais longas e intensificadas, sob maior controle e vigilância. Assim, não se cumpre a expectativa de se distanciar de ambientes marcados pelo assédio, e parte dos custos do trabalho é transferida para os/as trabalhadores/as.

Em vez de autonomia, crescem as queixas relativas às horas frente aos computadores, à conexão e à disponibilidade permanentes para responder às demandas das chefias, à ampliação, sobretudo entre as mulheres, da sobrecarga de trabalho. Para as mulheres, a ausência de fronteiras entre o ambiente domiciliar e o do trabalho remunerado tende a ampliar o desequilíbrio já existente no trabalho de reprodução social, normalmente relegados a elas.

Essas são, em parte, as fontes de uma sobrecarga que é ao mesmo tempo física e mental, frequentemente não reconhecida socialmente, a não ser quando se estouram os casos de depressão. No caso específico do teletrabalho, somam-se o isolamento social e a ausência de espaços de coletivização com colegas de trabalho. Ainda mais vulneráveis às exigências de metas inatingíveis e aos sistemas de avaliação de desempenho pouco transparentes.

As ameaças constantes de perdas de direito, inclusive do próprio emprego, assombram tanto os/as que trabalham presencialmente quanto de forma remota. O processo de aumento da carga e da intensificação das jornadas laborais ocorre paralelamente às exigências de maior engajamento e envolvimento subjetivo. Convoca-se o “espírito empreendedor” das pessoas e se exigem atitudes flexíveis e comportamentos proativos. A adesão, com custos para a saúde, é viabilizada em função de um ambiente social marcado pela provisoriedade, insegurança e medo.

É visível que a introdução de novas tecnologias e a potencialização de tecnologias já existentes têm sido usadas para eliminar postos de trabalho, repassando para os clientes/usuários atividades que antes eram realizadas por trabalhadores/as. Onde antes havia uma trabalhadora ou um trabalhador realizando atividade de serviço, hoje há uma tela que oferece autoatendimento. Nos mais diversos setores (alimentação, comércio, bancário, segurança privada, serviço público, teleatendimento), tornou-se essencial trabalhar com sistemas virtuais, que, quando não funcionam, ocasionam conflitos com os clientes. Frequentemente são sistemas que demandam aceleração

mental e muita performance interacional para lidar com clientes e usuários se sentindo injustiçados.

Assim, convivem no mundo do trabalho grupos sobrecarregados, trabalhando à exaustão com grupos de subocupados, desocupados ou desalentados. Esses últimos já sem esperança de se inserir no mercado de trabalho ou sem as condições necessárias para fazer esta busca. A subocupação e o desemprego emergem como fantasmas que ameaçam e submetem quem trabalha, ao mesmo tempo em que fazem sucumbir as esperanças daqueles que gostariam de trabalhar. Ambas as situações apontam para vulnerabilidades no campo da saúde mental e influenciam as estatísticas do adoecimento psíquico, as tentativas de suicídios e dos suicídios consumados.

Essas situações de precarização levam os trabalhadores e trabalhadoras a adiarem os cuidados necessários com a saúde, na tentativa de atingir metas e indicadores positivos nas avaliações. As doenças de diversas naturezas vão se desenvolvendo, a exemplo dos transtornos depressivos, ansioso-depressivos, burnout, alteração crônica do sono, entre outras. Agravadas, podem levar à incapacidade, gerando repercussões e limitações nas esferas física e psíquica.

O direito de existência, que envolve a possibilidade de uma vida ampla e plena, tem cada vez mais sido reduzido ao “direito de sobrevivência”. Aqueles que trabalham vivem sobrecarregados, pois o sistema quer fazer mais com menos. O desgaste físico e mental advém da violação dos limites humanos e se instalou a condição do cansaço perene como regra.

O tempo de vida tem sido quase totalmente absorvido pelo trabalho, restando muito pouco ou nada para a convivência familiar, relacional, para a cultura, o lazer, e até mesmo para a construção de formas coletivas de resistência. Essas são tão necessárias para barrar o avanço da precarização do trabalho e seus efeitos prejudiciais à saúde assim como para resgatar o potencial que o trabalho possui de dotar cada um de nós de um tipo de identidade que se constrói no mais profundo sentido humano: na relação solidária com o outro.

EIXO III: Política de saúde mental e os princípios do SUS: Universalidade, Integralidade e Equidade

O princípio da integralidade do cuidado pressupõe um olhar amplo e multifacetado. Deve-se olhar para a pessoa humana em todas as dimensões da saúde, muito além de sintomas e doenças.

Desse modo, as ações de saúde do trabalhador e da trabalhadora precisam compor este arranjo multiprofissional dentro da Rede de Atenção Psicossocial (Raps). O apoio matricial tem sido uma ferramenta dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest).

As discussões de caso, o cuidado em rede, as ações articuladas para garantir assistência à saúde, direitos trabalhistas e previdenciários, reabilitação/readaptação e

vigilância nos ambientes de trabalho são práticas que aumentam a resolutividade para os usuários/as. Ainda contribuem para a prevenção de novos casos - em se tratando de intervenções nos ambientes de trabalho. O individual e o coletivo aqui se interseccionam desde o atendimento propriamente dito até ações no território de saúde. Essas atividades podem envolver outros atores: movimentos sociais, sindicatos de categorias mais afetadas, Ministério Público do Trabalho (MPT), Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Defensoria Pública, entre outros.

Para dar um exemplo prático, citamos aqui a situação de uma trabalhadora de 19 anos que na primeira semana de trabalho na área de alimentação de um *shopping* sofreu uma tentativa de estupro. A moça não havia sido registrada ainda. Ficou tão abalada que foi acolhida por um funcionário no estacionamento do *shopping* por estar totalmente desorientada. Sua alteração de comportamento foi visível, e a mãe relatou o fato para a Agente Comunitária de Saúde, a qual acionou uma visita domiciliar pela psicóloga da UBS.

O estado psíquico da trabalhadora requeria uma atenção do Caps, e a psicóloga fez esse encaminhamento. O caso foi discutido com uma apoiadora de rede, a qual entendeu que o Cerest tinha que participar da condução do caso. O pai e a trabalhadora compareceram no Cerest, o qual fez contato com a empresa solicitando o registro em carteira, abriu a CAT e fez relatório ao INSS. Foi reconhecido como acidente de trabalho e a moça pode ficar afastada para se tratar, tendo seus direitos garantidos. Existem muitos outros exemplos de diferentes naturezas que só confirmam a riqueza do cuidado ampliado e de ações potentes que são criadas a partir da confluência dos esforços de diferentes atores da rede de saúde e do território.

Temas como equidade e diversidade requerem arranjos locais para análise dos casos, com a participação de ONGs e movimentos sociais com expertise em determinados assuntos, por exemplo: diversidade sexual, gênero, raça e pessoa com deficiência. A equidade permanece sendo um grande desafio no SUS devido à alta demanda e pouca oferta de profissionais ou vagas. Trata-se de uma questão que requer uma análise cuidadosa e ampla.

Um território vivo será capaz de, a partir da Atenção Básica, articular os atores locais e regionais. Também organizará propostas para o Conselho Municipal, Estadual e Nacional de saúde se tiver bom dimensionamento das necessidades prementes da população usuária do SUS, que é trabalhadora e usuária do serviço de atenção psicossocial.

A produção do cuidado em saúde pode congrega forças que ampliem a intersetorialidade e a interseccionalidade, que a saúde mental e a saúde do trabalhador precisam para elevar a resolutividade de demandas tão complexas. A cooperação necessita de capilaridade para se concretizar. A transversalidade desses dois temas – saúde mental e saúde do trabalhador – sinaliza para a tarefa de envolver outros

ministérios e programas de governo para atenção efetiva à classe trabalhadora e aos usuários da rede psicossocial do SUS.

Propostas para o Eixo III

1. Ampliar o processo de vigilância em saúde com a criação de Frentes de Enfrentamento a Violências Relacionadas ao Trabalho e aos Direitos Humanos, por município, que envolvam sindicatos, mandatos parlamentares populares, movimentos sociais e trabalhadores informais para denunciarem e agirem em todos os ramos e atividades econômicas que estejam causando adoecimento mental no território de saúde, como também as comunidades terapêuticas que cometam violações de direitos humanos, com forte atuação da Atenção Primária da Saúde, das equipes de Saúde da Família, da Raps/Caps e da Renast/Cerest.
2. Que a Raps, ao planejar as ações de saúde mental em âmbito municipal, estadual e nacional, considere dados de adoecimento mental relacionados ao trabalho envolvendo Renast/Cerest, o Ministério Público do Trabalho (MPT), o Ministério do Trabalho (MTE), o Ministério da Previdência Social (MPS), Direitos Humanos e outras áreas para que se possa agir sobre a raiz dos adoecimentos, sobre a reabilitação e reinserção no mercado de trabalho dos usuários da Raps, inclusive com estratégia de emprego apoiado.
3. Considerando os princípios de equidade e interseccionalidade, promover a integração das ações da Atenção Primária da Saúde (ESF), do Caps, do Cerest, do Consultório de Rua, para uma análise mais ampla da situação dos mais vulneráveis e atuação sobre essa população.
4. Integrar as equipes do Cerest e da Raps/Caps para que ações conjuntas sejam desenvolvidas, por meio de discussão de casos, Projeto Terapêutico Singular, apoio matricial em sinergismo para processos previdenciários e de reabilitação profissional, participação na supervisão clínica da Raps.
5. Construir protocolos de atendimentos e apoio matricial na Raps, considerando a lista atualizada dos transtornos mentais relacionadas ao trabalho, que incluam o histórico profissional dos usuários como forma de incorporar o trabalho como determinante de saúde e fazer correlações com o quadro de transtorno mental, verificar os tipos de violência a qual a pessoa foi submetida no ambiente de trabalho: assédio moral, sexual, práticas de racismo, homofobia, gordofobia e todos os tipos de discriminações possíveis.
6. Considerando as atribuições do SUS em saúde do trabalhador e contribuindo para desvelar os transtornos mentais relacionados ao trabalho, é necessário que sejam desenvolvidas ações de educação permanente em saúde com a AB e Raps, que aborde as repercussões psíquicas da exposição a produtos químicos e violências relacionadas ao trabalho.

EIXO IV: Impactos na saúde mental da população e os desafios para o cuidado psicossocial durante e pós-pandemia

a) Agravamento das crises econômica, política, social e sanitária e os impactos na saúde mental da população, principalmente as vulnerabilizadas.

Muitos atribuem apenas à pandemia de Covid-19 as crises que vivemos até hoje. Mas isso não é o que os fatos mostram. Em 2016, após o golpe sofrido pela presidenta Dilma Rousseff, tivemos aumento do desemprego e dois marcos com grande repercussão na vida dos trabalhadores e trabalhadoras: a chamada Reforma Trabalhista em 2017 e a chamada Reforma Previdenciária em 2019, que retiraram direitos da classe trabalhadora.

Apenas como exemplo, decorrente das mudanças trabalhistas, os empregadores podem pagar até menos de um salário mínimo, pois desde 2017, permite-se que os trabalhadores sejam pagos apenas pelas horas efetivamente trabalhadas, sem considerar o tempo em que se encontram à disposição da empresa. Ter mais de um emprego ou tipo de trabalho se tornou comum. Boa parte das pessoas têm várias ocupações para poderem pagar as contas.

A falácia do empreendedorismo fez muitos acharem que a melhor coisa é ser patrão de si mesmo. Os patrões inviabilizados se transformaram em aplicativos, instrumentalizados por sofisticados recursos tecnológicos, e que os controlam e punem o tempo todo. A instabilidade e os vários tipos de violência sofridos por trabalhadores e trabalhadoras (assédio moral e sexual, conflito ético, agressividade da clientela, ausência de direitos, violências de “raça”, sexo/gênero e negligência do Estado) formam o cenário propício para o sofrimento psíquico e o desenvolvimento de transtornos mentais relacionados ao trabalho.

O racismo estrutural presente na sociedade brasileira está relacionado com o sofrimento psíquico da população negra, pois situações de discriminação podem desencadear o surgimento de doenças e transtornos psicológicos, como ansiedade, depressão e burnout. Segundo material divulgado pelo Uol², os principais pontos que auxiliam a perceber a identificação do racismo no ambiente corporativo são descredibilização, policiamento de tom, apagamento, salvacionismo branco, dois pesos e duas medidas, reconhecimento vazio, entrega nunca é suficiente, inclusão simbólica e esvaziamento da posição.

² Tomando como base o guia produzido pela psicóloga e especialista em Gestão de Recursos Humanos, Mayara Gonçalves, e o jornalista e estudioso das relações raciais, Davi Akintolá, publicado em reportagem do site UOL.

Os aspectos apresentados por especialistas sobre a temática nos revelam que as práticas corporativas são atravessadas pelas desigualdades presentes na sociedade, as quais contribuem para a produção de uma certa hierarquização entre os grupos sociais, demarcados por relações de gênero, classe e raça. Assim, julga-se necessário a construção de práticas que visem à igualdade racial e à promoção de saúde mental dos trabalhadores e trabalhadoras negros e negras nas empresas.

Todas essas questões políticas, sociais e econômicas foram agravadas por epidemias e pandemias, que tendem a ocorrer de forma cada vez mais frequente. Essa tendência, entretanto, não pode ser somente atribuída à agilidade com que ocorre o trânsito de pessoas pelo globo e ao potencial dessa movimentação na disseminação de vírus e outros patógenos. Nessa história, é questão determinante a expansão sem limites das fronteiras do capitalismo e da avidez do mercado.

O neoliberalismo, como sistema normativo, estende a lógica do capital às relações sociais e a todas as esferas da vida, criando subjetividades. O Estado deixa de lado o bem-comum e ganha caráter corporativo. Fenômenos aparentemente dissociados, como epidemias, pandemias, crise climática, possuem origens e trajetórias de constituição convergentes. Resultam de um modelo de sociedade que ao mesmo tempo em que estabelece uma cisão entre seres humanos e natureza, concebe o mundo natural como espaço a ser colonizado, domado e submetido às necessidades do mercado, de uma dinâmica de expansão ilimitada, ainda que contraditória, de produção e consumo.

Pesquisas constataram que o perfil das vítimas da Covid-19 era fortemente marcado pela situação de pobreza e pela descendência negra. Entre 2015 e 2016, são as mulheres periféricas grávidas que prevalecem entre as infectadas pelo Zika vírus. Não por mera coincidência são também os grupos sociais em situação de maior vulnerabilidade que tendem a ser os mais atingidos pelos efeitos da crise ecológica e seu potencial destrutivo, como os povos indígenas.

Todo esse processo, que atinge diretamente as formas de sustento material, afeta a subjetividade e a saúde mental.

b) Inovações do cuidado psicossocial no período da pandemia e possibilidade de continuar seu uso, incluindo-se, entre outras, as ferramentas a distância.

A necessidade de isolamento social durante a pandemia determinou o desenvolvimento e a utilização de formas de atendimentos à distância, mediados pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e das Tecnologias Digitais (robôs, Inteligência Artificial, etc.). Esses recursos vinham sendo utilizados, porém não de forma maciça e em todos os processos produtivos e reprodutivos da economia e da vida social. Hoje observamos a mediação tecnológica em praticamente qualquer atividade humana, especialmente por meio das redes sociais, a exemplo do WhatsApp.

O campo da saúde, no que se refere ao atendimento virtual, vinha debatendo a pertinência técnica e ética da utilização da Telemedicina e outros atendimentos em razão dos riscos da adoção das TICs acriticamente. A partir da pandemia do novo coronavírus, essa prática não só foi definitivamente incorporada, como estendida a praticamente todos os atendimentos na área da saúde. Na prática médica psiquiátrica, por exemplo, medicamentos antidepressivos, antipsicóticos, barbitúricos e hipnóticos podem ser prescritos virtualmente. A exceção, no campo da Psiquiatria, ficou para benzodiazepínicos e opioides.

A patologização do sofrimento e o aumento no consumo de psicofármacos já era preocupante antes do início da pandemia, porém essa situação se intensificou substantivamente. Há um cenário, hoje, segundo relato de pesquisador da área³, de uma verdadeira epidemia de uso de psicotrópicos, com possível desenvolvimento de dependência. Isso implicará na intensificação da atenção à saúde e no desenvolvimento de novas formas de abordagem dos problemas gerados pela hipermedicalização do sofrimento psíquico. Esse ampliado em razão das mortes, sem realização do luto, do isolamento social, e das perdas (afetivas, relacionais, de trabalho, econômicas etc.) determinadas pela pandemia, administrada desastrosamente no Governo Bolsonaro.

No mundo do trabalho, as transformações em função das TICs e TDs determinarão, certamente, um perfil epidemiológico muito mais diversificado e complexo. Serão exigidos trabalhos em saúde que inovem, mas que também se utilizem dos mecanismos, contraditoriamente, desenvolvidos durante a pandemia e que permitiram a atenção à saúde física e mental da população. Nesse sentido, a continuidade de modalidades de atendimentos presenciais e não presenciais, tanto individuais, quanto grupais, (psicoterapêuticos e/ou reflexivos) se faz necessária.

A criação de coletivos de trabalhadores/as que sofrem explorações e opressões específicas na vida e no trabalho é essencial. Assim, será possível avançar no enfrentamento das especificidades, tanto do sofrimento psíquico como das modalidades de violência determinadas pelo racismo e pelo sexismo (conjunto de preconceitos e discriminações que se baseiam no sexo ou na orientação sexual, especialmente das mulheres). A realização de encontros, seminários, jornadas, saraus, *slam* com a população em território devem ser estimuladas e incluir escolas, fábricas, serviços de saúde, ambulantes, trabalhadoras/es de estética, alimentação de rua, movimentos sociais de trabalhadores/as etc.

Os coletivos formados por profissionais da psicologia, com atendimento gratuito ou por valor reduzido, durante a pandemia, foram importantes, assim como as ações desenvolvidas pelos serviços de Assistência Social, de sindicatos, associações e entidades de classe. Igualmente, os coletivos solidários de classe compostos de

³ <https://www.cosemssp.org.br/noticias/epidemia-no-pais-criou-gigantesca-demanda-assistencial-em-saude-mental-diz-psiquiatra/>

mulheres negras (e outras), a distância, foram fundamentais no período de isolamento social, em razão da pandemia. Foram experiências potentes, eficazes e que necessitam ser conhecidas e incorporadas ao SUS.

c) Saúde do(a) trabalhador(a) de saúde e adoecimento decorrente da precarização das condições de trabalho durante e após a emergência sanitária

A pandemia chegou em março de 2020, em um momento em que tínhamos um governo federal antipovo, que decidiu sacrificar ainda mais as populações da base da pirâmide social. Colocou obstáculos para conceder o auxílio-emergencial e quando foi forçado a fazê-lo pela pressão social e pelo Congresso Nacional, dificultou o processo de concessão. O resultado foi de filas e aglomerações nos bancos, colocando em risco os que buscavam desesperadamente o auxílio e os bancários que viabilizavam a concessão. Milhares de pessoas foram simplesmente demitidas porque não houve uma política de proteção ao emprego. Quem precisou do INSS por incapacidade para o trabalho só obteve o adiantamento, cujo valor máximo era de um salário mínimo.

Segundo a OMS, o Brasil tem 2,72% da população mundial e 7,42% dos óbitos por Covid-19. Foram até o momento 705.172 mortes e 37.783.855 casos, subnotificados, tanto por não ter testado em massa, como porque os resultados dos autotestes não têm fluxo de notificação. É raro encontrar alguém que não tenha perdido familiar, amigo ou colega para a doença assim como que não tenha ficado doente pelo vírus SARS-CoV-2. A maioria das pessoas conhece quem perdeu o emprego. Muitos se tornaram desempregados.

Para os trabalhadores da saúde, em especial, a pandemia da Covid-19 colocou talvez a condição de trabalho mais dura jamais enfrentada como o risco permanente de contrair uma doença que podia resultar em morte. Porém, pior que a própria doença foi a condução do governo sobre ela, que propiciou desinformação quanto aos cuidados e sistematicamente atrasou o início da imunização da população. Como se não bastasse o medo de se infectar e de levar a doença para suas casas, os trabalhadores da saúde foram submetidos a recorrentes situações de esgotamento, pois trabalharam além de suas forças, com proteção precária, testemunhando mortes evitáveis.

As condições de trabalho tinham que ter sido alteradas para que ficassem protegidos. Mas normativas do próprio governo, que deveria protegê-los, permitiram que ficassem expostos ao contágio. Por isso, é essencial reconhecer as milhares de mortes por Covid que estão relacionadas ao trabalho, além daqueles que até hoje lidam com as consequências da doença em sua saúde (Covid longa). Quando o próprio governo edita normas e portarias interministeriais que institucionalizam o abandono da classe trabalhadora à sua própria sorte frente à doença, naturaliza-se trabalhar doente.

São abundantes os relatos dos trabalhadores da saúde de todos os níveis de atenção. As histórias são as mais impactantes possíveis. O SUS, subfinanciado,

fragmentado e com gestões privatizadas em várias cidades, sem orientações e ações coordenadas pelo Ministério da Saúde, de forma heterogênea, foi capaz de manter atividades de vigilância e assistência a duras penas. Particularmente após a aprovação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do uso emergencial da vacina CoronaVac e logo depois de outras vacinas. O SUS mostrou um vigor espantoso, conseguindo vacinar mais de 80% da população e em algumas faixas etárias a mais de 90%, a despeito do governo negacionista da época. O desafio se mantém, pois apenas 16% da população recebeu a bivalente⁴.

Propostas para o Eixo IV

1. Proporcionar e ampliar a supervisão clínica e institucional aos profissionais da Raps e outros serviços, como Cerest, considerando a complexidade do conteúdo das tarefas por eles realizadas, de modo a controlar os riscos à saúde física e mental.
2. Prover e diversificar o uso de todos os recursos necessários ao bom desenvolvimento das ações terapêuticas, como por exemplo, os recursos tecnológicos que passaram a ser utilizados a partir da pandemia, de modo a ampliar o acesso aos serviços a todos os usuários/as.
3. Capacitar os profissionais em todos os níveis de atenção, incluindo a Raps/Caps, para que a abordagem aos usuários/as com Covid longa inclua a avaliação de alterações na esfera psíquica, caracterizando-as clinicamente, analisando a relação com o trabalho e a interferência sobre a capacidade laboral.
4. Prover o cuidado aos trabalhadores da Raps para prevenir adoecimentos e incapacidades para o trabalho, bem como propiciar a reabilitação daqueles com sequelas de doenças crônicas, incluindo os que têm Covid longa.
5. Visando aos excluídos do mercado formal por motivos diversos, desenvolver planos de profissionalização para usuários da Raps, com atuação conjunta ao Cerest e outros atores governamentais e não governamentais, buscando a inserção em atividades de economia solidária, incubação de negócios, cooperativas e microcrédito popular.
6. Visando ampliar a participação dos trabalhadores/as nas ações de saúde do trabalhador, criar formas comunitárias de acolhimento e discussão das questões de saúde mental, como também do sofrimento psíquico, doenças e acidentes advindos do trabalho nos Cerest e na Atenção Primária de Saúde; estratégias de rodas de conversa no território, a partir de denúncias concretas de situações

4

https://infoms.saude.gov.br/extensions/SEIDIGI_DEMAS_COBERTURA_VACINAL_COVID/SEIDIGI_DEMAS_COBERTURA_VACINAL_COVID.html

<https://especiais.g1.globo.com/bemestar/vacina/2021/mapa-brasil-vacina-covid/>

insalubres, penosas, perigosas ou de acidentes graves, ~~como também~~ além de Fóruns de discussão mais ampliados sobre esses temas, de modo a fomentar a educação popular em saúde, rede de solidariedade e cooperação entre atores locais, desenvolver consciência, resistência e planejar ações mais resolutivas.

7. Garantir o uso do critério epidemiológico pelo SUS para caracterizar coletivos de trabalhadores com adoecimento mental e a relação com o trabalho nos diagnósticos e afastamentos previdenciários, credenciando os usuários para a percepção de benefícios acidentários.
8. Fazer valer o nexó técnico epidemiológico, previsto na Lei nº 8.213/91, em todas as instâncias de concessão de benefícios previdenciários (análise documental e perícia).