



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ALTOS ESTUDOS AMAZÔNICOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA

PATRÍCIA SUELY CAVALCANTE NONATO

SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL NO SERVIÇO PÚBLICO HOSPITALAR

Belém
2023

PATRÍCIA SUELY CAVALCANTE NONATO

SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL NO SERVIÇO PÚBLICO HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão Pública do Desenvolvimento.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ligia Terezinha Lopes Simonian.

Belém
2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

N812s Nonato, Patrícia Suely Cavalcante.
Saúde e adoecimento mental no serviço público
hospitalar / Patrícia Suely Cavalcante Nonato. — 2023.
168 p. : il. ; 31 cm

Orientadora: Ligia Terezinha Lopes Simonian
Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade
Federal do Pará, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos,
Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Belém,
2022.

1. Saúde e trabalho - Pará. 2. Saúde - Servidores
públicos. 3. Saúde mental. 4. Fundação Santa Casa de
Misericórdia do Pará I. Título.

CDD 23. ed. – 613.62098115

Elaborado por Maria do Socorro Barbosa Albuquerque - CRB-2/871

PATRÍCIA SUELY CAVALCANTE NONATO

SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL NO SERVIÇO PÚBLICO HOSPITALAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, da Universidade Federal do Pará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Gestão Pública.

Área de concentração: Gestão Pública do Desenvolvimento.

Data de aprovação: 29/09/2022.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a Ligia Terezinha Lopes Simonian
Orientadora – PPGGP/NAEA/UFPA

Prof^a. Dr^a. Eliana Maria de Souza Franco Teixeira
Examinador Interno – PPGGP/NAEA/UFPA

Prof. Dr. Janari da Silva Pedroso
Examinador Externo – PPGP/IFCH/UFPA

Aos meus pais, Carlos e Elayne, meus
maiores incentivadores.

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho é fruto de inquietações surgidas a partir da experiência profissional como coordenadora da Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar e Sindicância da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, onde nos deparamos com casos de absenteísmo ao serviço público, o que, conforme o caso, pode ou não configurar um ilícito administrativo de abandono de cargo ou inassiduidade habitual. No entanto, algumas dessas vivências cuidaram ser situações críticas de adoecimento mental enfrentado por alguns servidores, e que gerou o questionamento sobre quais os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos que atuam na FSCMP.

A jornada cumprida até aqui não foi fácil. A interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade do tema geraram algumas dúvidas que, no transcorrer dos estudos, e na medida do possível, foram clareadas.

E, sem dúvida, o êxito na jornada somente foi possível porque contamos com o apoio emocional e intelectual de muitas pessoas, sendo impossível deixar de homenageá-las neste momento tão especial.

Não tenho como não agradecer a Deus. Em tempos de crises, a espiritualidade e a fé foram pilares de sustentação para prosseguir, quando os obstáculos sobrevieram e o sentimento de desistência quis me dominar.

Também tenho muito a agradecer à minha orientadora, Profa. Dra. Ligia Terezinha Lopes Simonian, por toda paciência e apoio, principalmente, quando necessitei de internação hospitalar, por problemas de saúde.

Aos meus pais, Carlos e Elayne Nonato, todo o meu amor e gratidão pelos ensinamentos e conselhos. Ainda que as circunstâncias da vida os tenham impedido de concluir seus estudos e alcançar uma graduação, pelos motivos os mais diversos, eles sonharam com os filhos e, agora, sonham com os netos na universidade.

Outra pessoa a quem tenho muito a agradecer é o meu esposo, Roberto Botelho. Suas palavras foram tão essenciais nessa caminhada, que não há possibilidade alguma de esquecê-lo. Ele esteve presente em todos os processos dessa jornada. Na fase de seleção, quando faltavam poucos minutos para fechar as inscrições e o desespero já queria dominar, ele se mostrou um parceiro sem medida, e chegamos a tempo. Esse foi apenas um dos muitos episódios em que ele se fez presente, para me ajudar. Meu muito obrigada, meu amor!

Aos meus queridos amigos da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, que tanto acreditaram no meu ingresso no mestrado e insistiram para que eu não desistisse do processo seletivo, a minha gratidão!

De modo especial, deixo à amiga de trabalho Fernanda Filliphina, por sua luz e confiança, meu eterno agradecimento! Os verdadeiros amigos são aqueles que te desejam o melhor na terra. E, você é uma amiga formidável!

À equipe da Gerência de Pesquisa da Fundação, por me guiarem no cumprimento dos protocolos junto à Plataforma Brasil. Todos atenciosos. Minha gratidão.

Por fim, mas não menos importante, agradeço a todas/todos as/os professoras/professores e as/os colaboradoras/colaboradores do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA), da Universidade Federal do Pará (UFPA) por essa oportunidade maravilhosa de realizar o sonho do mestrado.

“O trabalho que reconstrói vitalidade, sentido e laços de inserção social não é o mesmo que degrada a identidade e a saúde.”

Edith Seligmann-Silva

RESUMO

É crescente o número de pessoas acometidas por algum transtorno mental nas primeiras décadas do século XXI. E com a pandemia por COVID-19, anunciada em março de 2020, essa situação tendeu a piorar. E, considerando que o trabalho é tido como fonte de adoecimento, e que os profissionais de saúde estão na linha de frente do enfrentamento da pandemia; considerando ainda a superlotação dos serviços de saúde, buscou-se investigar, pelo presente trabalho, quais os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da área hospitalar. O foco da pesquisa é a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, hospital público referência no atendimento materno-infantil, com disponibilidade de leitos de UTI neonatal, pediátrica e adulto. O objetivo geral do estudo é analisar as questões que envolvem o processo saúde-doença desses profissionais da saúde. Para tanto, definiu-se como objetivos específicos: i) Identificar os tipos de transtornos mentais ou comportamentais apresentados pelos servidores, no período de 2018/2021, a fim de comparar os dois anos anteriores com os dois anos de pandemia; ii) verificar que medidas/ações preventivas em saúde mental a Fundação tem adotado; iii) propor um guia de prevenção em saúde mental, no formato eletrônico, a ser disponibilizado aos servidores. No percurso metodológico, o método de pesquisa utilizado é o Dialético, com abordagem quali-quantitativa e as técnicas de pesquisa de documentação direta e indireta.

Palavras-chave: trabalho; serviço público; saúde mental; transtorno mental; área hospitalar.

ABSTRACT

The number of people affected by some mental disorder is increasing in the first decades of the 21st century. And with the COVID-19 pandemic, announced in March 2020, this situation gets worse. And, considering that work is seen as a source of illness, and that health professionals are on the front line of facing the pandemic; considering also the overcrowding of health services, we sought to investigate, by the present work, which are the mental health problems faced by public servants in the hospital area. The focus of the research is the Santa Casa de Misericórdia do Pará Foundation, a public hospital that is a reference in maternal and child care, with availability of neonatal, pediatric and adult ICU beds. The general objective of the study is to analyze the issues that involve the health-disease process of these health professionals. To this end, the following specific objectives were defined: i) Identify the types of mental or behavioral disorders presented by the servers, in the period 2018/2021, in order to compare the two previous years with the two pandemic years; ii) check which preventive measures/actions in mental health the Foundation has adopted; iii) propose a mental health prevention guide, in electronic format, to be made available to civil servants. In the methodological course, the research method used is the Dialectic, with a quali-quantitative approach and the techniques of direct and indirect documentation research.

Keywords: work; public service; mental health; mental disorder; hospital area.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil epidemiológico por descrição abreviada da doença por CID10 F com maior frequência e por ano	84
Tabela 2 - Perfil epidemiológico comparativo por descrição abreviada da doença por CID10 F com maior frequência no período antes da pandemia e com a pandemia	85
Tabela 3 - Perfil epidemiológico por idade para adoecimento considerando o CID10 F	86
Tabela 4 - Perfil epidemiológico por idade para adoecimento considerando o CID10 F antes e durante a pandemia de covid-19	86
Tabela 5 - Perfil epidemiológico por cargo conforme adoecimento considerando o CID10 F por ano	88
Tabela 6 - Perfil epidemiológico comparativo por cargo conforme adoecimento por considerando CID10 F no período antes da pandemia e com a pandemia	89
Tabela 7 - Perfil epidemiológico dos servidores por sexo para adoecimento considerando o CID10 F na FSCMP por ano	90
Tabela 8 - Resultado da estatística do teste t-student pareado para os dados da Tabela 2	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Perfil epidemiológico comparativo por descrição abreviada da doença por CID10 F com maior frequência no período antes da pandemia e com a pandemia	85
Gráfico 2 - Perfil epidemiológico por idade para adoecimento considerando o CID10 F antes e durante a pandemia de covid-19	87
Gráfico 3 - Perfil epidemiológico por idade para adoecimento considerando o CID10 F antes e durante a pandemia de covid-19	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)	33
Quadro 2 -	Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)	34
Quadro 3 -	Grupos de disciplinas que estudam a relação trabalho e saúde mental	50
Quadro 4 -	Áreas de atuação da FSCMP	78
Quadro 5 -	Capacidade de leitos da FSCMP	79
Quadro 6 -	Readequação de leitos de enfermarias para o enfrentamento da pandemia por Covid-19 na Unidade Almir Gabriel e Hospital Centenário	80
Quadro 7 -	Readequação de leitos de enfermarias para o enfrentamento da pandemia por Covid-19 na Unidade Almir Gabriel e Hospital Centenário	80
Quadro 8 -	Situação funcional da FSCMP	81
Quadro 9 -	Macroprocessos da CSAT/FSCMP	83
Quadro 10 -	Categorias de análise	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde
CIDH	Comissão Internacional de Direitos Humanos
CORTE IDH	Corte Interamericana de Direitos Humanos
CNJ	Conselho Nacional de Justiça
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRFB	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CSAT	Gerência de Saúde do Trabalhador
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIAF	Diretoria Administrativa e Financeira
DSM-5	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
FSCMP	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará
GESP	Gerência de Gestão de Pessoas
LC	Lei complementar
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NAEA	Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OT	Organização do Trabalho
PDT	Psicodinâmica do trabalho
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNSST	Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
PPT	Psicopatologia do Trabalho
PSM	Política de Saúde Mental
RAP	Reforma da Assistência Psiquiatra
SCM	Santa Casa de Misericórdia
SCMP	Santa Casa de Misericórdia do Pará
SESPA	Secretaria de Estado de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
SMRT	Saúde Mental Relacionada ao Trabalho
UC	Unidade Centenário da FSCMP
UAG	Unidade Almir Gabriel da FSCMP
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Justificativa e problematização	19
1.2	Objetivos	22
1.2.1	<i>Objetivo geral</i>	22
1.2.2	<i>Objetivos específicos</i>	22
1.3	Hipótese	22
1.4	Organização do trabalho	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO: SAÚDE MENTAL, TRABALHO E SAÚDE MENTAL E TRABALHADOR	24
2.1	Saúde mental	24
2.1.1	<i>Concepções em saúde</i>	25
2.1.2	<i>Modelo biomédico e o dualismo humano</i>	26
2.1.3	<i>Paradigmas em saúde mental</i>	27
2.1.4	<i>Reforma psiquiátrica no Brasil</i>	29
2.1.5	<i>Conceito de saúde mental e as classificações CID-10 e DSM-5</i>	32
2.2	Trabalho	34
2.2.1	<i>Sistema produtivo capitalista e os processos de trabalho</i>	34
2.2.2	<i>Serviço público brasileiro</i>	40
2.2.3	<i>Modelos de administração pública</i>	41
2.3	Saúde mental e trabalho	45
2.3.1	<i>Início da proteção à saúde do trabalhador</i>	45
2.3.2	<i>Estudos em saúde mental e trabalho</i>	49
2.3.3	<i>Modelos teóricos em saúde mental e trabalho</i>	51
2.3.3.1	<i>Contribuições da Teoria do Estresse</i>	51
2.3.3.2	<i>Contribuições do Modelo Epidemiológico e/ou diagnóstico</i>	53
2.3.3.3	<i>Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho</i>	53
2.3.3.4	<i>Contribuições da Concepção de Desgaste Mental</i>	55
2.3.4	<i>Da proteção à saúde mental do trabalhador</i>	58
2.3.4.1	<i>Do direito à saúde do trabalhador</i>	58
2.3.4.2	<i>Do meio ambiente do trabalho</i>	60
2.3.4.3	<i>Práticas integrativas e complementares</i>	63
2.3.4.4	<i>Escuta psicológica</i>	64
2.3.4.4	<i>Rodas de conversa</i>	64
3	PERCURSO METODOLÓGICO	65

3.1	Método de pesquisa	65
3.2	Abordagem mista da pesquisa	67
3.2.1	<i>Abordagem quantitativa</i>	68
3.2.2	<i>Abordagem qualitativa</i>	69
3.3	Técnicas de pesquisa	69
3.3.1	<i>Documentação indireta</i>	69
3.3.1.1	Pesquisa bibliográfica	69
3.3.1.2	Pesquisa documental	70
3.3.1.3	Levantamento de dados	70
3.3.2	<i>Documentação direta</i>	71
3.4	Local e população	72
3.5	Questões éticas	73
3.5.1	<i>Aspectos críticos de riscos e benefícios da pesquisa</i>	74
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	75
4.1	Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará	75
4.1.1	<i>Área de atuação e estrutura organizacional</i>	77
4.1.2	<i>Capacidade de leitos</i>	78
4.1.3	<i>Quadro de servidores públicos</i>	81
4.1.4	<i>Gerência de gestão de pessoas</i>	82
4.1.5	<i>Coordenação de saúde do trabalhador</i>	82
4.2	Perfil epidemiológico	83
4.3	Ações preventivas em saúde mental	91
4.3.1	<i>Das estratégias preventivas em saúde mental do trabalhador da FSCMP</i> ..	93
4.3.1.1	Escuta psicológica/acolhimento	93
4.3.1.2	Práticas integrativas	95
4.3.1.3	Rodas de conversa	99
4.3.2	<i>Limitações à ampla prestação dos serviços</i>	101
4.3.2.1	Condições de trabalho da equipe da CSAT	101
4.3.2.2	Baixa adesão dos serviços	106
4.3.2.3	Preconceito e estigmas em saúde mental	108
4.3.2.4	Descontinuidade dos serviços	111
4.4	Guia preventivo em saúde mental	113
4.4.1	<i>Educação em saúde mental no âmbito hospitalar</i>	113
4.4.1.1	Importância de abordar o tema saúde mental	114
4.4.1.2	Instrumentos de divulgação existentes	115
4.4.1.3	Validade do material informativo proposto	117

4.4.2	<i>Do produto</i>	118
4.5	Comparação dos resultados	121
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICES	134
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO .	135
	APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO E	
	MANUSEIO DE DADOS	138
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	139
	APÊNDICE D – PRODUTO DO MESTRADO	141
	ANEXOS	156
	ANEXO A – PARECER CEP/FSCMPA	157
	ANEXO B – PARACER CEP/FSCMPA	164

1 INTRODUÇÃO

O número de pessoas acometidas por algum transtorno mental aumentou no decorrer das primeiras décadas do século XXI. Conforme dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 300 milhões de pessoas sofriam de depressão, até 2017 (ONU, 2017; OPAS; OMS, 2017). Esses dados representam um aumento de 18% do número de casos, entre os anos de 2005 e 2015, sendo que as mulheres estão entre as pessoas mais atingidas.

Na América Latina, verifica-se que o Brasil é o país com maior índice de casos de depressão, com um total 11,5 milhões de pessoas atingidas (LABOISSIÈRE, 2017). Este número representa 5,8% da população brasileira.

Nas Américas, o Brasil está atrás somente dos Estados Unidos, que apresentaram um total de 17,4 milhões de casos (LABOISSIÈRE, 2017). O que significa um percentual de 5,9% da população.

Existem outros tipos de transtornos mentais que impactam a saúde, além da depressão. Como exemplo, cita-se o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia, a demência, o distúrbio de desenvolvimento, dentre outros (ONU, 2017; OPAS; OMS, 2017, 2018). E, qualquer pessoa pode ser acometida por alguma enfermidade mental, não importando faixa etária ou sexo.

Na revisão mundial sobre a saúde mental, apresentada pela OMS, em 17 de junho de 2022 (OPAS; OMS, 2022), um bilhão de pessoas tinham algum transtorno mental, em 2019. Os casos de ansiedade e depressão subiram mais de 25%.

As causas para o fenômeno do adoecimento psíquico envolvem um conjunto de fatores históricos, sociais, culturais, genéticos, biológicos e psicológicos. Sendo uma enfermidade que pode gerar limitações significativas, que refletem na vida cotidiana e social do indivíduo. E, nos casos mais severos, pode evoluir para o suicídio.

O trabalho está entre as causas sociais que podem causar sofrimento e adoecimento mental. Sobre o assunto, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) emitiu relatório (REIS, 2017, p. 17), onde pontua os agravos psicossociais vinculados ao ambiente laboral, que podem afetar a saúde mental do trabalhador.

Dentre os fatores psicossociais apontados no relatório estão: alteração nas condições de trabalho, carga horária excessiva de trabalho, infraestrutura precária, autoemprego, emprego informal, terceirização e trabalho temporário.

Além dos agravos apontados pela OIT, a pesquisa desenvolvida por Palazzo, Carlotto e Aerts (2012) sobre a Síndrome de Burnout identificou outros fatores de risco, no caso, próprios do serviço público.

A pesquisa concluiu que as organizações públicas brasileiras são marcadas pela “[...] carência de instrumentos de gestão adequados, centralização da tomada de decisões com pouca margem de ação... paternalismo e importante influência política na gestão de pessoal [...]” (PALAZZO; CARLOTTO; AERTS, 2012, p. 1067). No entender das autoras, são questões que podem favorecer o surgimento da Síndrome de Burnout, quando somadas às más condições de trabalho.

Entre as consequências ou reflexos do adoecimento mental do trabalhador, faz-se menção aos efeitos socioeconômicos. Análises do Ministério da Fazenda (BRASIL, [2017?]), constantes do 1º Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade 2017, período de 2012 a 2016, demonstraram que, no Brasil, os transtornos mentais e comportamentais estão no terceiro lugar de causas de incapacidade para o trabalho. Isto por conta do número de concessões de auxílio-doença e aposentadoria por invalidez.

Esse cenário da saúde mental, que já era preocupante, tornou-se ainda mais delicado, com o advento da pandemia de covid-19, em 2020. Segundo Faro *et al.* (2020), a pandemia impôs a implementação de algumas medidas restritivas pelos países, com o objetivo de conter a disseminação do novo coronavírus. Entre as medidas estavam o isolamento social e a quarentena.

Para além das medidas restritivas, Faro *et al.* (2020) acrescentam que, com a sobrecarga e o colapso dos serviços de saúde pública, em diversos países, o medo de contrair a doença e a insegurança passaram a fazer parte do cotidiano das pessoas. Os profissionais de saúde tiveram que enfrentar exaustivas jornadas de trabalho. A sociedade, por sua vez, precisou manter o distanciamento social.

Todas essas situações impactam a saúde mental da população, com prognóstico de agravamento do número de casos de doenças mentais, diante dos efeitos da pandemia.

Diante do quadro exposto, a prevenção e os cuidados em saúde mental apresentam-se como medidas urgentes, a fim de se obter melhorias no quadro da saúde mental.

Os baixos investimentos em saúde mental, nas Américas, já tinham sido objeto de relatório veiculado pela OPAS, em 2018 (OPAS; OMS, 2018). O nível de

financiamento precisava aumentar para atender as necessidades das pessoas que sofrem com transtornos mentais.

Na atual revisão sobre a saúde mental, a OMS reforçou o Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013–2030 (OPAS; OMS, 2022), assinado pelos países membros, e fez recomendações, apontando três caminhos de transformação: Aprofundar o valor e o compromisso que damos à saúde mental; Reorganizar os entornos que influenciam a saúde mental, incluindo lares, comunidades, escolas, locais de trabalho, serviços de saúde etc.; Reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços.

Diante do exposto, faz-se relevante que as organizações, públicas e privadas, estejam atentas à questão. Que desenvolvam ações e práticas preventivas voltadas à proteção da sanidade mental do trabalhador, com o fim de proporcionar um ambiente de trabalho saudável, para a melhora da saúde mental.

Sendo assim, pela presente pesquisa, pretende-se propor um guia preventivo em saúde mental e trabalho, com informações importantes sobre o tema saúde mental, em formato eletrônico, para ser disponibilizado aos profissionais que atuam na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, por meio da intranet. O intuito é facilitar a disseminação da informação, com vistas a diminuição dos preconceitos ainda existentes, e que dificultam os cuidados em saúde mental.

1.1 Justificativa e problematização

O trabalho é um direito social fundamental, reconhecido tanto pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, art. 23, quanto pela Constituição Federal do Brasil de 1988 (CRFB), artigos 6º e 170. E possui um papel essencial na vida do ser humano, tendo em vista sua necessidade de subsistência.

Por outro lado, pode ser sinônimo de sofrimento, ocasionando o adoecimento do trabalhador, físico e mental, frente às condições e à forma de gestão e organização do trabalho.

Há uma contínua precarização do trabalho, efetivada pelos abusos de poder daqueles que detêm a força produtiva, e por meio das reorganizações no sistema de capital, com significativas transformações nos processos de trabalho.

A história do trabalho que com a chegada da Idade Moderna e o advento do sistema capitalista industrial, pautado na lógica da produção em massa, o poder de

produção se concentrará nas mãos de poucos (TEIXEIRA; SOUZA, 1985). E que o trabalhador se vê obrigado a vender sua única fonte produtiva, isto é, a sua força de trabalho, em troca do que se padronizou chamar de salário.

Também revela a face de violência do sistema de capital, a da exploração. O cenário descrito é de horror, diante dos acidentes de trabalho, doenças ocupacionais e ambiente de trabalho insalubre.

A resposta dos trabalhadores a essas circunstâncias foram os movimentos de luta por melhores condições de vida e de trabalho (DEJOURS, 2015), com conquistas paulatinas. A proteção à saúde do trabalhador foi reconhecida, com foco inicial na saúde física.

Porém, o sistema capitalista terá que se reorganizar, frente às crises, a fim de manter sua hegemonia, o que impactará no processo de produção e de trabalho. Os avanços tecnológicos e científicos servirão de base à manutenção da hegemonia desse modelo econômico.

Os estudos sobre a Organização do Trabalho (OT) serão primordiais. Inicialmente, as contribuições de Frederick Taylor (1856-1915). E, a seguir, as contribuições de Henry Ford (1863-1947).

Nesse caminhar, e diante das novas conjunturas do processo de produção e de trabalho, os debates em saúde do trabalhador incluíram a saúde mental (DEJOURS, 2015; SELIGMANN-SILVA, 2011). E o tema passou a ser objeto de análise de diferentes áreas do saber, tendo, portanto, um caráter interdisciplinar.

A questão apresenta-se atual, sendo objeto de preocupação mundial. A própria Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) se manifestou, recentemente, sobre o assunto (OMS, 2018). Reconheceu que o trabalho pode significar estresse, em razão de fatores “[...] como cultura, sua organização e suas demandas [...]”. E, ainda, que os problemas que envolvem a saúde mental são a “maior causa” de absentéismo e de “aposentadoria precoce”. (OMS, 2018, p. 1).

Em pesquisa sobre as causas de afastamento no serviço público federal, Silva e Bueno (2017, p. 5) esclarecem que o trabalho pode ser considerado como “[...] fonte de prazer ou sofrimento [...]”. Quanto a ser fonte de sofrimento, o trabalho pode favorecer o adoecimento, pois pode afetar tanto a saúde mental como a física.

Diante dessas nuances, e a relevância que a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP) possui no cenário político amazônico. Posto que é a maternidade de referência na prestação de assistência à saúde da gestante de alto

risco, no estado do Pará. Atua na assistência à saúde neonatal, com a disponibilização de leitos clínicos e serviços de UTI, não somente dos recém-nascidos cujo parto foi realizado na FSCMP, porém os casos graves que lhes são transferidos pelos outros municípios.

Além da assistência à saúde da gestante e do neonato, a FSCMP conta com serviço de UTI Adulto, para a assistência dos casos graves de clínica médica. E, como é de notório conhecimento, a população brasileira sofre com déficit de leitos de UTI disponibilizados pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa carência ficou mais aparente com o surgimento da pandemia de covid-19, e a superlotação dos hospitais, com filas de espera por leitos de UTI, em todo o país, como amplamente divulgado pelos canais de comunicação.

Ressalte-se, por importante, que os serviços da fundação foram redimensionados para atender pacientes acometidos pela covid-19. As ofertas iniciais de leitos de UTI adulto e pediátrico significaram um aporte no combate à doença. A seguir, foram ofertados leitos para tratamento intermediário, em enfermarias.

Portanto, a FSCMP desenvolve um importante papel de promoção da assistência à saúde e no âmbito da rede SUS. São mais de dois mil atendimentos mensais entre partos e internações neonatais, pediátricas e de clínica médica adulto.

Por tudo, o estudo sobre “Saúde e Adoecimento Mental no Serviço Público Hospitalar” surge dos seguintes questionamentos: quais os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da área hospitalar? Que tipos de transtornos mentais têm acometido esses profissionais? Eles recebem algum tipo de acolhimento pela organização em que trabalham? A Fundação tem adotado medidas preventivas em saúde mental? Quais?

As respostas a tais questionamentos, certamente, contribuirão para a produção do conhecimento científico de modo sistematizado. Considerando que permitirá, de início, a identificação dos principais transtornos mentais que afligem os servidores públicos da FSCMP, com o perfil epidemiológico desta população.

Outrossim, este trabalho evidenciará a realidade sobre as medidas que estão sendo adotadas pelas organizações públicas na prevenção do adoecimento mental dos seus profissionais, tema de relevância no cenário contemporâneo, em virtude do aumento dos casos de doenças mentais. Até em que medida essa preocupação com a prevenção em saúde mental existe, na prática, é uma análise que favorecerá, inclusive, a visibilidade de futuras tomadas de decisão pela organização pesquisada.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar as questões que envolvem o processo saúde-doença desses profissionais da saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

Para que se alcance do objetivo geral, definiu-se como objetivos específicos:

- a) Identificar os tipos de transtornos mentais apresentados pelos servidores, no período de 2018/2021, com base na Classificação CID 10, e nos atestados e laudos médicos apresentados na Coordenação de Saúde do Trabalhador da FSCMP (CSAT);
- b) Verificar que medidas/ações preventivas em saúde mental a fundação tem adotado;
- c) Propor um guia de prevenção em saúde mental, no formato eletrônico, a ser disponibilizado aos servidores.

1.3 Hipótese

Diante das questões expostas, e considerando que os investimentos em saúde mental ainda estão aquém do necessário, tem-se que tanto as organizações privadas como as públicas precisam adotar medidas efetivas voltadas à saúde mental do trabalhador, no sentido da prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Esse apoio institucional é importante na valorização do profissional, contribuindo em todas as fases do processo, quer seja impedindo que o sofrimento mental se instale, quer seja colaborando para a recuperação da saúde do indivíduo.

Desse modo, a disponibilização de um guia preventivo em saúde mental é medida que visa promover educação em saúde, com a divulgação de informações importantes sobre o tema, a gerentes e servidores, no âmbito da FSCMPA.

Além da disseminação da informação, trata-se de uma forma de valorização do servidor, e de diminuição dos preconceitos ainda existentes acerca do tema no meio dos profissionais de saúde. Favorece a sensibilização e contribui para a prevenção e busca de um tratamento eficaz.

1.4 Organização do trabalho

Este estudo encontra-se, de modo inicial, dividido em cinco capítulos, sendo a introdução o primeiro deles. No segundo capítulo, temos o referencial teórico, dividido nos tópicos saúde mental, trabalho e saúde mental e trabalho. O percurso metodológico é descrito no terceiro capítulo. E, reservou-se o quarto capítulo para a apresentação dos resultados e discussões, com considerações finais no quinto capítulo.

Para subsidiar as investigações e a delimitação da pesquisa, buscou-se aporte em referenciais teóricos sobre o tema saúde mental e trabalho, por meio de pesquisa bibliográfica com consulta a livros, a trabalhos acadêmicos, a revistas científicas, a banco de dados de publicações de artigos científicos disponíveis on-line, a endereços eletrônicos de organizações, nacionais e internacionais, dentre outros.

Os principais bancos de dados visitados foram: SciELO – Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Científica Eletrônica On-line) e Biblioteca Virtual em Saúde (Ministério da Saúde).

Outrossim, buscaram-se informações nos sites do Ministério da Saúde/Brasil (MS); da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); da Organização Mundial de Saúde (OMS), entre outros.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: SAÚDE MENTAL, TRABALHO, SAÚDE MENTAL E TRABALHO

Para o estudo sobre saúde e adoecimento mental no serviço hospitalar, com ênfase na análise das questões que envolvem o processo saúde-doença mental dos servidores públicos da FSCMP, buscou-se embasamento nas percepções teóricas relacionadas à temática saúde mental e trabalho. Por certo, o debate proposto é complexo e interdisciplinar, perpassando por diversas disciplinas, principalmente, do campo das Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais.

Para Medeiros e Henriques (2017), a interdisciplinaridade na pesquisa significa dizer que as práticas científicas não devem ser totalmente isoladas, ainda que as ciências se encontrem divididas por ramos ou especialidades. A ausência de interlocução entre as ciências resultaria numa visão distorcida do objeto de estudo.

Portanto, este capítulo está dividido em três partes: saúde mental, trabalho e saúde mental e trabalho. Estes conceitos passaram por transformações significativas com o decorrer do tempo, conforme a sociedade e a ciência foram evoluindo, e são relevantes para a discussão proposta, que será desenvolvida a partir do método lógico dialético.

2.1 Saúde mental

A OMS (1946, p. 16) define saúde como o “[...] estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos [...]”. A definição proposta pela organização volta o olhar para o ser humano como ser integral.

Ultrapassa-se o pensamento dualista cartesiano para compreender o indivíduo em suas dimensões física, mental e social, em uma visão mais ampliada de saúde.

Para Souza *et al.* (2012, p. 453), a “[...] integralidade permite a percepção holística do sujeito [...], considerando-o não somente pelo fator orgânico, mas em diversos aspectos da vida com repercussão nas formas de atenção à saúde.

Isso porque a maneira de pensar a saúde-doença-cuidado implica, mesmo que de modo inconsciente, nas práticas em saúde (BATISTELLA, 2007). O que pode ser verificado na história dos nossos antepassados, nas várias compreensões sobre aquele processo saúde-doença-cuidado.

Como afirma Minayo (2014, p. 355), saúde e doença são “fenômenos sociais” compreendidos a partir de questões sociais e históricas vinculadas à cultura, crenças

e formas de cuidado.

Deste modo, faz-se relevante fazer breves considerações sobre as concepções conceituais de saúde até o surgimento do modelo biomédico de saúde e suas implicações no campo da saúde mental. Adiante, abordar-se-ão os paradigmas de saúde mental contemporâneos; o conceito de saúde mental proposto pela OMS e as classificações dos transtornos mentais.

2.1.1 Concepções em saúde

Historicamente, observa-se que os povos antigos tinham uma visão mística sobre o adoecimento e a saúde, que se denominou de pensamento ou modelo mágico-religioso ou xamanístico de saúde (CEBALLOS, 2015; FIGUEIREDO, 2007). Eles acreditavam que a doença estava relacionada à ação de demônios ou a uma consequência direta de algum pecado.

Esse pensamento foi combatido durante a antiguidade grega (BATISTELLA, 2007; FIGUEIREDO, 2007). Por meio da observação empírica, os médicos gregos, também filósofos, buscaram causas naturais para explicar a determinação do processo saúde-doença, contestando as causas sagradas ou místicas, de até então.

Entre esses filósofos, Hipócrates (460-377 a.C.) foi o que obteve maior destaque, com o livro *Ares, Águas e Lugares* e sua Teoria dos Humores Corporais (BATISTELLA, 2007; CRUZ, 2011). Ele defendeu que as doenças estavam relacionadas com o desequilíbrio dos quatro humores: sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra. O cuidado com a saúde, nesse caso, estava vinculado ao retorno do equilíbrio.

Apesar dos avanços obtidos, o pensamento religioso de saúde retomou força, na Idade Média, em razão do domínio da Igreja Católica (SIQUEIRA, 2011). Um cenário de retrocesso, visto que o ser humano abandonou as técnicas para se socorrer dos milagres que eram atribuídos aos padres, em virtude da ideia de que a doença era um castigo divino.

Com o despontar do período renascentista e a revalorização do saber científico, na passagem da Idade Média para a Moderna, os dogmas religiosos e políticos então dominantes foram questionados (BATISTELLA, 2007). E apesar da repressão da Igreja, o saber científico avançou, ainda que de forma gradual. A submissão das pesquisas à prova prática foi uma das principais reivindicações na produção do

conhecimento, refutando-se o dogmatismo.

É nesse contexto revolucionário que o modelo de medicina científica ocidental ou biomédico lançou as suas bases, a partir do século XVI (BARROS, 2002; CEBALLOS, 2015), sob forte influência das transformações técnico-científicas da época e do modelo cartesiano, que em Descartes tem seu maior expoente, o que será abordado a seguir.

2.1.2 Modelo biomédico e o dualismo humano

O paradigma biomédico de saúde se pauta no “[...] saber clínico, racionalizado e experimental [...]”, conforme a análise de Ceballos (2015, p. 7). Nesse diapasão, o processo saúde-doença passa a ser visto sob o enfoque da patogenia e da terapêutica, onde a classificação da doença ocorre com base em seu agente causador.

O corpo humano, no dizer de Cruz (2011), é concebido como uma máquina, em uma visão onde o médico, figura central, é comparado ao mecânico e, por conseguinte, o adoecimento ao defeito de máquina. Sendo assim, a compreensão da doença e do tratamento segue um viés reducionista, isto é, fragmentar o corpo em partes menores, a fim de entender seu funcionamento.

Nesse período, o ser humano passa a ser considerado sob uma perspectiva dual, corpo e mente estudados separados (CEBALLOS, 2015), reflexo do dualismo cartesiano ou racionalismo cartesiano. Nessa linha de pensamento, o corpo seria objeto de análise da medicina, e a mente da filosofia e da religião.

Como consequência dessa cisão, Dittrick (1998, p. 50) refere séculos de negação do psiquismo como campo de estudo científico, sob a justificativa de que suas causas não se encontravam no “mundo das coisas”, antes, eram de ordem metafísicas.

Esse cenário permanecerá, até o final do século XVIII, quando o movimento por “transformações humanitárias nos asilos dos alienados” terá início, nos Estados Unidos e na Europa (ODA; DALGALARRONDO, 2004, p. 134-135). O médico francês Philippe Pinel (1745-1826) fez parte do rol de reformadores desse período. E foi a partir dos estudos que ele produziu que surgiu uma nova forma de pensar a loucura.

Não como um resultado da ação de demônios ou de um castigo divino, mas como uma doença, lançando, desse modo, as bases para o surgimento da psiquiatria

moderna, que passará a ser considerada a especialidade médica com a *expertise* para tratar a loucura.

Com a nova especialidade médica, somada à necessária atuação do Estado em zelar pelo comportamento social adequado, desenhou-se o quadro apropriado para a substituição dos antigos espaços que atendiam as pessoas em sofrimento mental.

Esses espaços foram substituídos por instituições hospitalares e coordenadas por médicos psiquiatras, em lugar dos religiosos que, até então, eram os responsáveis por prestar assistência ao louco.

Dessa maneira, instaura-se na Idade Moderna um novo paradigma de assistência ao louco, assinalado pela prática da medicina psiquiátrica, pela hospitalização e pelo caráter intervencionista, como será retratado no próximo item.

2.1.3 Paradigmas em saúde mental

Nos tempos modernos, as instituições hospitalares são consolidadas como a via adequada para o tratamento do louco, e o médico psiquiatra como uma autoridade. Os doentes mentais passam, então, a ser confinados em instituições, ao argumento de receberem assistência psiquiátrica e a cura por profissionais com a *expertise* necessária, o que se denominou de paradigma de exclusão.

Conforme Pedroso (2008), a loucura passa a ser entendida como doença a partir do surgimento da psiquiatria e da consolidação das instituições hospitalares totalizantes.

Nesse período, os comportamentos sociais desviantes, tidos por impróprios, deveriam ser sancionados (GARRE; SÁNCHEZ, 2020; PEDROSO, 2008), a fim de punir o que fugia do considerado normal, e, tal punição, era aplicada por especialistas com autoridade técnica para tanto.

Pautados nessa perspectiva, sociedade e governantes adotaram o distanciamento social como forma de proteção, bem assim, os meios coercitivos de assistência, onde o indivíduo classificado como louco era considerado como uma ameaça e submetido a toda espécie de maus-tratos.

Sobre a relação paciente e instituição hospitalar totalizante, Pedroso (2008) afirma que era uma relação marcada pela sujeição. Ou seja, o paciente não tinha

como contrapor a avaliação psiquiátrica, que, por sua vez, justificava a imposição do isolamento hospitalar.

O autor afirma ainda que se tratava de uma relação de caráter tutelar, marcada pela “[...] subordinação e “dominação [...]” (PEDROSO, 2008, p. 67). Nesse contexto, a violência era validada ao argumento da capacidade técnica do psiquiatra, enquanto tutor, e a incapacidade do paciente, enquanto tutelado.

Sobre a legitimidade e normatização da exclusão do louco e sua correção por meio dos castigos, Garre e Sánchez (2020, p. 5) apontam, como exemplo, o quadro encontrado na França de 1838:

Se trata de una realidad que ya encontramos en la Francia de 1838, donde el propio Jean-Étienne Esquirol promovió una ley que exigía al Estado el tratamiento e institucionalización de los enfermos mentales, creando una red de manicomios públicos o privados dedicados a vigilar y controlar a los enfermos. Son estos los atributos de una nueva sociedad mercantil preocupada por la creación de todo un sistema de normalización de las desviaciones siguiendo la lógica del beneficio-utilidad, es decir, de una sociedad moderna obsesionada por la vigilancia, el disciplinamiento, la corrección y el castigo del “loco”.

Acerca da situação da saúde mental no Brasil, esta não se diferenciou da existente no resto do mundo. Como esclarece Figueiredo (2010), no Brasil Império, a assistência psiquiátrica estava resumida às instituições religiosas, no caso, pelas santas casas, que disponibilizavam espaços em porões.

O mesmo autor explica que houve um atraso na chegada da psiquiatria em nosso País. Quase um século de diferença de sua fundação na Europa, e somente depois de 40 anos da instituição dos hospícios.

No Pará, e conforme Pedroso (2008), a Santa Casa de Misericórdia ficou responsável pela assistência pública aos pacientes psiquiátricos, a partir de 1833. Porém, com a consolidação da psiquiatria positivista, no final do século XIX, essa assistência religiosa foi refutada. Uma nova terapêutica, à base de medicalização e uso de psicotrópicos, com possibilidade de cura da doença, foi o argumento utilizado pelos psiquiatras na conquista do controle e poder.

O paradigma de exclusão social do louco vigorou por longos anos, por meio dos internamentos em instituições hospitalares e estigmas. Seu enfraquecimento ocorrerá com o aparecimento de novas perspectivas apresentadas pela “[...] crítica social postmoderna [...]” (GARRE; SÁNCHEZ, 2020, p. 7), no início nos anos 1960, que classificaram o manicômio como uma arma biopolítica de uso estatal.

Garre e Sánchez (2020) explicam que as novas perspectivas pós-modernas fizeram surgir movimentos contrários à psiquiatria tradicional, de caráter inclusivo, entre eles, cita-se a antipsiquiatria britânica e a psiquiatria democrática italiana.

Outrossim, outros movimentos foram surgindo, ainda na década de 1960, em paralelo à antipsiquiatria britânica, os quais defendiam a “desmanicomialização”, com o objetivo de pôr fim às práticas de exclusão perpetradas contra o enfermo mental, tendo em vista que, além da marginalização social, a prática asilar condicionava o paciente psiquiátrico à cronificação da doença e a perda da personalidade, em vista da piora cognitiva.

Conforme Garre e Sánchez (2020, p. 11), buscou-se novos paradigmas de assistência psiquiátrica, de caráter multidisciplinar, descentralizado, de base comunitária, e, portanto, não “hospitalocêntrico”.

Os avanços dessas correntes ocorreram de modo diferenciado, a depender do país. Mas, a Itália será o país vanguardista na “desinstitucionalização psiquiátrica”, na pessoa de Franco Basaglia, seu representante principal, e criador da “Psiquiatria Democrática”.

Basaglia (1968) postulará a reintegração do doente mental ao seio social e o fim das práticas de cronificação do paciente e sua estigmatização. Sobre a desinstitucionalização, e com base em Rotelli (1990), Pedroso (2008, p. 68, grifo nosso) aduz que:

Ao contrário da institucionalização, a desinstitucionalização consiste na possibilidade de os indivíduos não se comportar de modo determinável pelos padrões e papéis da instituição, para atender às exigências sociais, políticas, culturais e econômicas da sociedade. Este último processo amplia-se quando se flexibiliza os valores de poder e as relações sociais na instituição [...] a desinstitucionalização constrói um entendimento, escancara, diversifica e renova o espaço da instituição, a partir da pretensão de não submeter as ações humanas às normas jurídicas ou comportamentais. **Este processo só se torna possível em contextos pós-modernos.**

Sobre os movimentos de luta pela reforma psiquiátrica, no Brasil, estes tiveram início na década de 1970 e se estenderam até os anos 2000, como será demonstrado adiante.

2.1.4 Reforma psiquiátrica no Brasil

No Brasil, os movimentos de luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos tiveram início a partir dos anos de 1970, com questões específicas de cada ente federativo.

Sobre a reforma psiquiátrica no Pará, Pedroso (2008) esclarece que a abordagem terapêutica dos pacientes psiquiátricos sofreu alterações, onde a Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) propôs um “Programa de Atendimento de Saúde Mental”, em níveis de: assistência psiquiátrica hospitalar, assistência psiquiátrica ambulatorial na capital e assistência psiquiátrica ambulatorial no interior.

Contudo, o redirecionamento da assistência psiquiátrica, no Brasil, estendeu-se por todo o final do século XX. Essa demora fomentou a perpetuação de práticas desumanas no atendimento aos pacientes, como foi o caso de Damião Ximenes Lopes, ocorrido no ano de 1999, cujo debate tomou proporções internacionais.

O paciente Damião Ximenes foi internado na Casa de Repouso Guararapes, em Sobral, Ceará, no início de outubro de 1999, para tratamento psiquiátrico. Após ser vítima de práticas desumanas e degradantes, Damião veio a falecer. Conforme item 2 do Relatório nº 38/02, de 09 de outubro de 2002, da Comissão Internacional de Direitos Humanos (CIDH, 2002, p. 1, grifo nosso), consta que:

[...] segundo a peticionária, seu irmão foi internado na referida Casa de Repouso para receber tratamento psiquiátrico uma vez que era portador de doença mental e dois dias depois do internamento, sua genitora foi visitá-lo e **o encontrou com marcas visíveis de tortura, com as mãos amarradas, o nariz sangrando, rosto e abdômen inchados e pedindo-lhe que chamasse a polícia. Horas mais tarde, após ter sido medicado, veio a falecer.**

A família buscou respostas das autoridades brasileiras acerca do falecimento e providências, porém estas se mantiveram inertes. Sendo assim, a irmã da vítima, Irene Ximenes, peticionou denúncia junto à CIDH (2002), em desfavor do Brasil, por violação dos artigos 4, 5, 11 e 25 da Convenção Americana sobre Direitos Humanos.

O Estado brasileiro não apresentou informações sobre o caso, mesmo tendo sido notificado em três oportunidades. Por isso, a CIDH concluiu pela admissibilidade da petição, itens 4, 5, 18 e 28 do Relatório nº 38/02 (CIDH, 2002, p. 5, grifo nosso), veja-se:

V. CONCLUSÃO

28. A Comissão conclui que é competente para tomar conhecimento deste caso **e que a petição cumpre com os requisitos de admissibilidade**, de acordo com os artigos 46 e 47 da Convenção Americana.

Se o Brasil não apresentou respostas perante a CIDH, internamente, houve avanços com a promulgação, em 2001, da Lei nº 10.216/2001. Como referem Serafim e Barros (2010, p. 26), a norma “[...] dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas

acometidas por transtorno mental [...]”, consagrando o tratamento de base comunitária.

Em 2003, a CIDH emitiu o Relatório de Mérito nº 43/03, onde concluiu pela responsabilidade do Brasil “[...] pela violação dos direitos consagrados 5 (Direito à integridade pessoal), 4 (Direito à vida), 25 (Proteção judicial) e 8 (Garantias judiciais) da Convenção Americana, em conexão com o artigo 1.1 do mesmo instrumento [...]” (CORTE IDH, 2006), com recomendação da adoção de medidas voltadas a reparar as violações.

Em 2004, após pedido de prorrogação de prazo, o Brasil apresentou relatório parcial de implementação das recomendações, bem como, contestação intempestiva do Relatório de Mérito nº 43/03 (CORTE IDH, 2006). Sendo assim, a CIDH decidiu, em 30 de setembro de 2004, por submeter o caso à Corte Interamericana de Direitos Humanos.

Em decisão unânime, a Corte IDH (2006) declarou a responsabilidade internacional do Estado Brasileiro pela violação de direitos consagrados pela Convenção Americana de Direitos Humanos, veja-se o teor:

2. O Estado violou, em detrimento do senhor Damião Ximenes Lopes, tal como o reconheceu, os direitos à vida e à integridade pessoal consagrados nos artigos 4.1 e 5.1 e 5.2 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 119 a 150 da presente Sentença.

3. O Estado violou, em detrimento das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda e dos senhores Francisco Leopoldino Lopes e Cosme Ximenes Lopes, familiares do senhor Damião Ximenes Lopes, o direito à integridade pessoal consagrado no artigo 5 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 155 a 163 da presente Sentença.

4. O Estado violou, em detrimento das senhoras Albertina Viana Lopes e Irene Ximenes Lopes Miranda, familiares do senhor Damião Ximenes Lopes, os direitos às garantias judiciais e à proteção judicial consagrados nos artigos 8.1 e 25.1 da Convenção Americana, em relação com a obrigação geral de respeitar e garantir os direitos estabelecida no artigo 1.1 desse tratado, nos termos dos parágrafos 170 a 206 da presente Sentença. (CORTE IDH, 2006, p. 83).

Pela primeira vez, o Brasil foi condenado por violação aos direitos humanos. E além do pagamento de indenização, deveria garantir a duração razoável do processo que investigava os responsáveis; publicar no Diário Oficial o Capítulo VII relativo à sentença e desenvolver programa de capacitação dos profissionais e pessoas vinculadas ao atendimento de saúde mental.

Dentre as resoluções impostas, o Brasil já cumpriu o pagamento das indenizações devidas, a publicação no Diário Oficial do Capítulo VII da sentença e capacitações, segundo o Sumário Executivo do Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2021). No que diz respeito à duração razoável do processo, houve a prescrição da pretensão punitiva das pessoas investigadas.

Por fim, verificou-se que, em janeiro de 2021 (CNJ, 2021), as partes foram convocadas para nova audiência pública, em vista da arguição dos petionários de retrocesso em relação às políticas de reforma psiquiátrica.

Vê-se que o contexto histórico da assistência psiquiátrica contemporânea foi marcado por inúmeras incoerências, às quais estavam sujeitos os enfermos mentais.

Os movimentos por uma nova assistência psiquiátrica foi o passo inicial para o rompimento com o paradigma de exclusão. Sua manutenção era inviável, inclusive, diante da consolidação da saúde como um direito humano fundamental, tanto no panorama internacional quanto no ordenamento jurídico brasileiro, com a CRFB/1988 e a Lei nº 8.080/1990.

O passo seguinte foi a consolidação de uma política inclusiva e que viabilizasse uma assistência psiquiátrica digna a esse paciente. Internamente, essa consolidação ocorreu com a edição da Lei nº 10.216/2001, e o estabelecimento do tratamento de base comunitária e toda uma reestruturação da saúde mental, a partir de então.

No entanto, as marcas daquelas incoerências ainda são sentidas nos nossos dias. O paciente psiquiátrico ainda sofre com preconceito e estigmas. Por isso, o fortalecimento dos debates, políticas e ações em saúde mental, nos mais diversos contextos, faz-se importante.

Nesse viés, e vencida a questão dos paradigmas em saúde mental, a discussão segue para o conceito de saúde mental e as classificações em uso, CID e DSM.

2.1.5 Conceito de saúde mental e as classificações CID-10 e DSM-5.

Como a ênfase deste trabalho se encontra na saúde e no adoecimento mental do servidor público, a definição de saúde mental se faz necessária ao diálogo, bem assim, as classificações dos transtornos mentais.

De acordo com a OMS (GAINO *et al.*, 2018, p. 110), saúde mental é “[...] um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de

contribuir para sua comunidade”. Assim como ocorre na definição de saúde, a definição de saúde mental proposta pela OMS não remete a ausência de doenças.

Sobre os sistemas de classificação internacional de diagnósticos no campo da saúde mental, existem dois sistemas, na atualidade, o DSM-5 e a CID-10.

O DSM é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (ARAÚJO; NETO, 2014). Sua primeira edição ocorreu em 1953, DSM-I, pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Em 18 de maio de 2013, ocorreu a publicação da nova versão, DSM-5.

O CID-10 é a Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde (LAURENTI, 1995), versão aprovada na Conferência Internacional para a Décima Revisão, realizada em 1989, com recomendação de entrada em vigor a partir de 1º de janeiro de 1993.

Neste estudo, optou-se pela utilização da Classificação CID-10, em razão de ser o sistema adotado em nosso País. Ademais, em 2022, passou a vigorar o CID-11, encontrando-se os países em fase de transição.

Isto posto, os transtornos mentais estão classificados no Capítulo V, Grupo F00-F99, do CID-10 (Quadro 1).

Em relação à saúde mental e ao trabalho, Silva e Bueno (2015, p. 8) esclarecem que a Psiquiatria Ocupacional utiliza os “Fatores” listados no Capítulo XXI da CID-10, para os fins de diagnóstico, em razão dos “[...] mesmos terem fundamentado a construção do ‘Protocolo de Investigação do Nexo Causal dos Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho’ [...]”. As autoras indicam quais são os “fatores” de destaque quanto ao tema (Quadro 2).

Quadro 1 - Transtornos mentais e comportamentais (F00-F99)

F00-F09	Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos
F10-F19	Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa
F20-F29	Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes
F30-F39	Transtornos do humor [afetivos]
F40-F49	Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o “stress” e transtornos somatoformes
F50-F59	Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos
F60-F69	Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto
F70-79	Retardo mental
F80-F89	Transtorno do desenvolvimento psicológico
F90-F98	Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência
F99	Transtorno mental não especificado

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2008a)

Nessa linha, Seligmann-Silva (2011) alerta que a utilização das rubricas do Capítulo XXI é um recurso pouco utilizado, e que isso prejudica o alcance da magnitude da problemática que envolve os fatores sociais vinculados ao adoecimento mental, entre eles, o trabalho.

Fazer o diagnóstico correto, nos moldes explicitados pelas autoras, é uma ferramenta importante para se conhecer a dimensão do problema e viabilizar, inclusive, a vigilância em saúde mental do trabalhador.

Quadro 2 - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde (Z00-Z99)

Z59	Problemas relacionados com a habitação e com as condições econômicas
Z60	Problemas relacionados com o meio social
Z61	Problemas relacionados com eventos negativos da vida na infância
Z63	Outros problemas relacionados com o grupo primário de apoio, inclusive com a situação familiar

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2008a), Silva e Bueno (2015).

Posto que os estudos sobre o modo de produção capitalista demonstram impactos à saúde mental do trabalhador, relacionados aos processos de trabalho. Sendo esta análise relevante para o presente, o que se faz adiante.

2.2 Trabalho

Neste ponto, são retratados os impactos do sistema produtivo capitalista nos processos de trabalho, não com a profundidade que a temática dispõe, mas com a análise das questões relevantes ao desenvolvimento do problema de pesquisa proposto.

Portanto, aborda-se as reestruturações do sistema capitalista e as consequentes mudanças nos processos de trabalho; como esse sistema influenciou o serviço público, por meio da lógica gerencialista, inclusive, nos hospitais públicos.

2.2.1 Sistema produtivo capitalista e os processos de trabalho

A relação indivíduo e trabalho se configura com base no modelo de sociedade vigente e no sistema econômico por ela adotado.

Na Idade Média, aquela relação estava vinculada à terra, ou seja, o ser humano vivia daquilo que plantava, era o responsável direto por sua produção. Teixeira e

Souza (1985) afirmam que, com o advento da Idade Moderna e do sistema de produção capitalista, o trabalho passará por transformações profundas, com alteração de seu significado para o trabalhador.

Ou seja, ao invés de produzir os próprios bens, o ser humano passará a vender sua força de trabalho, em troca de um salário, a fim de garantir sua subsistência, agora em um cenário urbano, e não mais rural.

Teixeira e Souza (1985) descrevem que esse processo de transformação inicial foi por expropriação. Significa dizer que o trabalhador era o produtor direto de suas mercadorias e, com o regime capitalista de produção, passa a ser proprietário de uma única mercadoria, que é a sua força de trabalho. Antes, detinha o poder de decisão sobre o quê, como e quando produzir, que se perde na lógica capitalista.

Portanto, para se manter na conjuntura social capitalista, o trabalhador deve vender sua única mercadoria, para, em troca, receber o que passou a ser denominado de salário. De produtor, o trabalhador passou a proletariado.

Inicia-se, assim, um processo classificado de “alienação do trabalho”, posto que, agora, esse trabalhador empreende sua força de trabalho para o alcance de resultados que não são para si, mas para outrem que detém os meios de produção (TEIXEIRA; SOUZA, 1985, p. 65, grifo nosso), veja-se:

O trabalho torna-se então alienado, vazio de sentido para o trabalhador, dado que o resultado de sua atividade passa a ser propriedade de outrem... do fato de a força de trabalho ser transformada em uma mercadoria a mais, no mundo da produção capitalista, em que os produtos do trabalho não mais pertencem a seus produtores, anônimos participantes de um espetáculo no qual entram em cena sem nem mesmo perceber e no qual têm de permanecer independentemente de sua vontade. **Sua sobrevivência está agora delimitada por decisões que vão, cada vez mais, afastando-se de seu domínio**, às quais, por meios mais ou menos violentos, acabam sendo obrigados a acatar. A "liberdade", não conquistada senão que imposta, que lhes permite colocar sua força de trabalho à venda, significa a subordinação completa, definitiva, do trabalho ao capital.

No período capitalista moderno, todo e qualquer um que precisasse de trabalho, seja criança, mulher ou idoso, era utilizado na lógica dos meios de produção. Da implantação das fábricas à utilização do homem como verdadeira máquina de produção, tudo com vistas à obtenção de capital pelos detentores dos meios de produção.

Conforme Nascimento (2007, p. 4), as alterações promovidas pela Revolução Industrial do século XVIII e os inventos tecnológicos alteraram a “fisionomia” do modo de “[...] produção de bens na Europa e em outros continentes [...]”. Contudo, também

fizeram surgir questões graves de ordem social, com conseqüente reação do homem visando sua dignidade humana.

Ocorre que as condições de vida e de trabalho impostas aos trabalhadores eram sub-humanos, de tal forma que, em determinados casos, não passavam de “uma servidão velada”. Mulheres e crianças não foram poupadas desse cenário de exploração.

Sobre o trabalho feminino, Nascimento (2007) observa que era a mão-de-obra mais absorvida pela indústria têxtil. O autor cita o “[...] estabelecimento Dollfus-Mieg, em Mulhouse [...]”, onde o número de mulheres era muito superior ao de homens e criança, qual seja, [...] 100 homens, 40 menores e 340 mulheres [...]” (NASCIMENTO, 2007, p. 13; 17). Ainda assim, as mulheres estavam presentes em outros ramos laborais, ou seja, nas fábricas metalúrgicas, nas fábricas de cerâmica e nas minas.

Dentre os abusos praticados contra o trabalhador, nesse período, Nascimento (2007, p. 14) aponta os seguintes:

[...] a exigência de excessivas jornadas de trabalho, a exploração das mulheres e menores, que constituíam mão-de-obra mais barata, os acidentes ocorridos com os trabalhadores no desempenho das suas atividades e a insegurança quanto ao futuro e aos momentos nos quais fisicamente não tivessem condições de trabalhar foram as constantes da nova era no meio proletariado, às quais podem-se acrescentar também os baixos salários.

Além das péssimas condições de trabalho, a estrutura capitalista moderna promoveu o “amplo empobrecimento dos trabalhadores, inclusive dos artesãos”, pois não tinham como competir com a indústria, conforme explica Nascimento (2007, p. 4). A família também sofrerá impactos, em razão da absorção da “[...] mão de obra feminina e dos menores pelas fábricas [...]” (NASCIMENTO, 2007, p. 4; 11). Outrossim, as diferenças de classes sociais se acentuaram.

A dinâmica do uso da máquina fez surgir outras questões, como as relacionadas aos riscos de acidente de trabalho e adoecimento. Como não existia nenhuma regulamentação a respeito dos direitos e garantias dos trabalhadores, aqueles que adoeciam ficavam desamparados, sem assistência apropriada.

A necessidade de implementação de medidas de prevenção e reparação de acidentes era urgente.

Sobre essa urgência, Dejours (2015, p. 15) cita a alta morbidade e mortalidade da época, por conta da “Falta de higiene, promiscuidade, esgotamento físico, acidentes de trabalho, subalimentação [...]”. A situação era de tal modo extremada

que a longevidade era bem reduzida, e a palavra saúde não fazia parte da realidade da classe operária, que precisava trabalhar para sobreviver.

Nascimento (2007) esclarece que os movimentos operários de luta por melhores condições de vida e trabalho irão surgir nesse contexto, e se estenderão por todo o século XIX. Entre as principais pautas dos movimentos estavam a redução da jornada de trabalho e os cuidados com a saúde.

As primeiras conquistas dos trabalhadores irão ocorrer de forma paulatina.

De acordo com Dejourns (2015), o lapso temporal para a votação dos projetos de lei levava de 10 a 20 anos de espera. E, somente no final do século XIX, especificamente, 1893, serão editadas normas voltadas à proteção da saúde do trabalhador.

As primeiras conquistas dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho foram seguidas de uma euforia financeira, no pós-Primeira Guerra Mundial, e uma grave crise, denominada de a Grande Depressão ou Crise de 1929.

Diante dessa situação, o sistema capitalista precisou se reinventar, com o objetivo de recuperar as taxas de juros. Arnaud e Gomes (2016) referem que para alcançar tal objetivo, o sistema utilizou os métodos científicos de organização do trabalho desenvolvidos pelos engenheiros norte-americanos Frederick Taylor (1856-1915) e Henry Ford (1863-1947).

Segundo Antunes (2015), essas duas formas de processo de trabalho predominaram na “indústria capitalista” do século XX.

Sobre as novas formas de gestão do trabalho acima expostas, Arnaud e Gomes (2016, p. 110-111, grifo nosso) apontam as principais características da forma de organização “taylorista-fordista”, são elas:

[...] a forma de organização do trabalho taylorista-fordista que buscou aplicar os princípios científicos como meios de aperfeiçoamento do processo produtivo e de sua racionalização máxima. **Suas principais características envolviam:** o controle dos tempos e movimentos do trabalhador, a produção em larga escala, a separação entre concepção e execução, a especialização de cada operário em apenas uma etapa do processo produtivo e a ênfase na figura do gerente, que detinha o conhecimento e fiscalizava os trabalhadores.

Sobre o fordismo, Antunes (2015, p. 35) afirma que o modelo foi a base sobre a qual a indústria e o processo de trabalho se alicerçaram no decorrer no século XX, cuja estrutura configura-se:

Pela produção em massa, através da linha de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle dos tempos e movimentos pelo cronômetro

taylorista e da produção em série fordista; pela existência do trabalho parcelar e pela fragmentação das funções; pela separação entre elaboração e execução no processo de trabalho; pela existência de unidades fabris concentradas e verticalizadas e pela constituição/consolidação do operário-massa, do trabalhador coletivo fabril, entre outras dimensões.

Nesse caminhar, e conforme Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018, p. 180), o sistema capitalista vem mantendo sua hegemonia. Mas não sem alterações do processo de produção, que ocorrem para se coadunar “[...] com cada fase da acumulação”. Deste modo, o sistema passa por novas reestruturações das formas de produção e de processo do trabalho, tendo em vista as crises da década de 1970, e com o objetivo de recuperar as taxas de juros, bem assim, os níveis de expansão.

As reestruturações se deram no campo da organização do trabalho (fordismo-taylorismo) e do regime de acumulação.

Sobre essas alterações, Arnaud e Gomes (2016) enfatizam que, com a crise de 1970, os meios de acumulação vigentes foram substituídos por novas formas de consumo e gerenciamento da força de trabalho.

A nova configuração seguirá um regime de acumulação de bens flexível. Como consequência, Arnaud e Gomes (2016) descrevem a intensificação da exploração do trabalhador, consubstanciada pela forma de organização toyotista e as práticas de flexibilização dos processos de trabalho.

Essas reconfigurações sociais geraram impactos significativos. Entre eles, Arnaud e Gomes (2016, p. 110) citam “[...] o constante aperfeiçoamento das forças produtivas que incidiu no incremento do chamado trabalho morto ou conversão do trabalho vivo em morto [...]”. O processo acontece pela transferência do conhecimento do trabalhador pela máquina, dotando-se as indústrias e o setor de serviço de uma maior informatização. É o chamado trabalho imaterial e material, com reverberação no cognitivo e na subjetividade do trabalhador.

Esse processo é mais bem compreendido em Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018), que esclarecem que o processo de formação da consciência e da personalidade está vinculado à atividade. As duas primeiras se formam mediante as interações de fatores extrínsecos e intrínsecos que dependem da última, no caso, da atividade.

Sendo assim, o trabalho enquanto atividade possui um papel essencial na vida do ser humano, não somente por ser uma fonte de sobrevivência, mas por contribuir para a construção do sujeito, de sua identidade.

Com a alienação do trabalho, esse papel de construtor do sujeito resta prejudicado (VIAPIANA; GOMES E ALBUQUERQUE, 2018), posto que se o trabalhador não possui controle sobre os meios de produção e processos de trabalho, o sentido deste se desloca para o salário, que é externo.

Desta forma, e nas palavras de Viapiana, Gomes e Albuquerque (2018, p. 180), o trabalho “[...] perde sua capacidade realizadora dos sujeitos... podendo se converter facilmente em trabalho imposto, forçado e, conseqüentemente, fonte de sofrimento [...]”, perdendo, assim, o significado.

Outros efeitos da dinâmica trabalho e flexibilização dos processos de produção são encontrados em Arnaud e Gomes (2016). No caso, o retrocesso dos direitos sociais e trabalhistas que levaram anos para serem reconhecidos e consolidados é um deles.

A exemplo, no Brasil, houve uma recente reforma trabalhista, em 2017, que alcançou o setor privado, flexibilizando alguns direitos trabalhistas. Mas, o setor público também está na iminência de uma reforma, constante da Proposta de Emenda à Constituição nº 32/2020 que, se aprovada for, pode culminar no fim da estabilidade aos servidores públicos concursados.

Outro efeito é a diminuição das contratações de operários pela indústria (ARNAUD; GOMES, 2016), favorecendo o chamado desemprego estrutural, e uma maior precarização do trabalho, com fomento da informalidade, subcontratações, além da “ampliação do assalariamento”, no setor de serviços.

Arnaud e Gomes (2016, p. 111) destacam que, além do “[...] cenário de instabilidade, flutuações constantes e de precarização [...]”, os trabalhadores ainda precisam lidar com outras questões, que são: o acirramento da competitividade, a perda do poder aquisitivo e a fragilização dos sindicatos.

O rosto do sistema capitalista é a divisão social do trabalho e acumulação de capital pelos donos dos meios de produção. Para Antunes (2015, p. 187), o “capital é um sistema de comando”. Espalha-se por onde encontrar aberturas para se estabelecer e, então, permanece, com o fim de extrair o máximo de vantagens e lucratividade.

Assim, apesar de suas muitas crises, esse sistema mantém sua hegemonia, com a exigência de um Estado mínimo, para que o controle de oferta e procura esteja em suas mãos.

A lógica capitalista se expandiu para além do setor privado, isto é, alcançou a Administração Pública, por meio das terceirizações e os debates em torno do Estado mínimo, como reflexo do Estado neoliberal e suas contrarreformas.

Esse debate se faz pertinente para o estudo, tendo em vista que o campo (FSCMP) e população (servidores públicos) da pesquisa se encontram inseridos no cenário do serviço público paraense.

2.2.2 Serviço público brasileiro

Com apoio no ilustre professor constitucionalista José Afonso da Silva (2020, p. 815), esclareça-se, desde logo, que a titularidade do serviço público é sempre estatal, ou seja, “[...] não cabe titularidade privada [...]”, ainda que sua exploração possa se dar por empresas privadas, por meio de autorização, concessão ou permissão.

A gestão dos serviços públicos é de competência da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, que podem escolher se prestarão os serviços públicos de forma direta ou indiretamente, por delegação ou concessão.

Ainda com base em Silva (2020, p. 486), é importante ressaltar que, cada um dos entes federados possui autonomia administrativa, o que significa dizer que “[...] União, Estados, Distrito Federal e Municípios mantêm, cada qual, seu corpo de servidores públicos, destinados a executar os serviços das respectivas administrações (arts. 37 e 39)” – os artigos citados são da CRFB (BRASIL, 1988).

No caso do campo de pesquisa deste trabalho, qual seja, a FSCMP, esta compõe o quadro da Administração Pública indireta do Estado do Pará, a nível estadual, como bem se verá em tópico próprio.

Sobre o conceito de serviço público, este passou por alterações históricas, consoante os primeiros estudos oriundos da Escola do Serviço Público, na França, e os mais recentes debates sobre o assunto, pela doutrina moderna, que pela extensão, não será mencionado.

No Brasil, a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, sancionada pelo então-presidente da República, Michel Temer, e com vigência na data da publicação, isto é, 27 de junho de 2017, traz a definição de serviço público (BRASIL, 2017, art. 2º, II), cita-se:

Art. 2º Para os fins desta Lei, consideram-se:
[...]

II – Serviço público – atividade administrativa ou de prestação direta ou indireta de bens ou serviços à população, exercida por órgão ou entidade da administração pública.

Nesse caminho, o entendimento do administrativista José dos Santos Carvalho Filho (2020, p. 340), para quem o serviço público cuida ser “[...] toda atividade prestada pelo Estado ou por seus delegados, basicamente sob regime de direito público, com vistas à satisfação de necessidades essenciais e secundárias da coletividade”.

Portanto, entende-se que serviço público é sinônimo de atividade ou de prestação executada pelo Estado, ou por quem lhe faz a vez, com o fim de atender as demandas da população em geral.

Outrossim, dentro de uma ótica organizacional do serviço público, este é parte recente da história do trabalho, isto é, a partir do século XIX. Na atual conjectura vivenciamos o modelo gerencial, que visa à eficiência no desempenho habitual do servidor público, com estabelecimento de metas e resultados.

Sendo assim, faz-se relevante trazer para o debate os modelos de administração pública, ponto de análise a seguir.

2.2.3 Modelos de administração pública

A gestão da coisa pública ocorreu de modo diferenciado, a depender do momento histórico e dos fatores de ordem política, econômica e cultural.

Portanto, três modelos de administração pública são identificados: o patrimonialista, o burocrático e o gerencial, que despontaram nesta ordem. Em sua obra “Construindo o Estado Republicano: Democracia e Reforma da Gestão Pública”, Pereira (2009, p. 22) os denomina como “tipos ideais de administração do Estado”, e cita duas principais reformas da estrutura do Estado: a reforma do serviço público e a reforma da gestão pública.

O primeiro modelo de administração pública foi o patrimonialista. Próprio dos Estados absolutistas, esta modalidade de gestão da coisa pública é anterior ao capitalismo industrial (PEREIRA, 2009), e sua característica principal cuida ser a não distinção do patrimônio público do patrimônio particular pelos detentores do poder.

Nesse modelo, e nas palavras de Godoy (2011, p. 247), “[...] a coisa pública e os bens do soberano se confundem [...]”. O mesmo autor informa que, o auge do modelo, no Brasil, ocorreu no século XIX, principalmente, no período de permanência de D. João VI, período em que as preocupações se fixaram na tributação.

Há outras duas características do modelo patrimonialista cuja menção se faz relevante. Essas características demonstram a inviabilidade do patrimonialismo como modelo de gestão da coisa pública, em vista do favoritismo, por meio da prática do clientelismo e do nepotismo, consoante entendimento de Santos (2017, p. 3), por isso a transcrição:

Neste modelo o clientelismo é muito comum, prevalecendo o interesse dos particulares e a troca de favores. Houve o ingresso dessas práticas na administração pública. Os cargos públicos eram ocupados por amigos, parentes e apoiadores do governante, não existiam carreiras profissionalizadas. Por isto, o modelo apresenta forte tendência à corrupção e o nepotismo.

Percebe-se que essas características descritas por Santos (2017) ainda estão presentes na cultura da administração pública brasileira. Nos últimos anos, vários escândalos eclodiram, revelando todo um sistema de privilégios e corrupção.

Além disso, o nepotismo nunca foi extirpado dentre nós, permanecendo, inclusive, por meio do nepotismo cruzado, como uma tentativa de burla ao sistema.

O próximo modelo é o burocrático ou de administração pública burocrática, que surge como uma resposta aos privilégios, falta de profissionalismo e apropriações dos recursos estatais inerentes ao modelo anterior.

O patrimonialismo tornou-se incompatível com os ideais propostos pelo capitalismo e pela democracia. Sendo assim, o modelo burocrático é instaurado com o objetivo de combater o modelo antecessor.

E, como enfatiza Pereira (2009), a transição entre os dois modelos ocorreu por meio da reforma do serviço público, também denominada de reforma burocrática, que foi a primeira reforma da organização do Estado.

Godoy (2011) aponta que entre as características do modelo burocrático estão: o controle de procedimentos, a impessoalidade, a legalidade e a moralidade. E, assim como o modelo patrimonialista corresponde ao Estado absolutista, o modelo burocrático está para o Estado liberal-democrático.

Diga-se que, no Brasil, a reforma do serviço público ou reforma burocrática ocorreu na década de 1930, propriamente, em 1936, com a constituição do DASP.

Com o advento do Estado social e a fixação dos direitos sociais, o rol de competências do Estado aumenta (GODOY, 2011). Este aumento da demanda estatal constituiu a elevação dos gastos públicos que, combinado com a crise financeira e recessão da década de 1970, passou a ser considerada um problema.

O ideário neoliberal aparece na pauta dos debates, sob o discurso de ser o mecanismo capaz do enfrentamento da crise. Os argumentos propostos são a diminuição do Estado e sua reestruturação, com a defesa de uma reforma que promovesse o “enxugamento” do Estado.

É nesse panorama que o modelo burocrático será contestado. Segundo Brito (2018), ainda que o modelo burocrático tenha sido adotado como superior ao seu antecessor, este cenário muda de figura quando da ascensão do Estado social, no século XX, posto que sua eficiência será questionada, em razão de ser considerado um modelo de gestão moroso e caro, transcreve-se:

A administração burocrática clássica foi abraçada porque se mostrava superior à administração patrimonialista do Estado. Contudo, o pressuposto de eficiência em que se baseava não se revelou real, pois a partir do momento em que o Estado liberal do século XIX cedeu lugar ao Estado social e econômico do século XX, observou-se que não assegurava nem baixos preços para os serviços públicos, nem rapidez. Na verdade, a administração burocrática é morosa e cara (BRITO, 2018, p. 1).

E, com as reformulações do capitalismo, o Estado brasileiro buscará se adequar, para acompanhar o fluxo de melhorias nos resultados que vinham sendo obtidos na iniciativa privada.

No discurso, a Administração Pública estava ficando estagnada, em um conceito clássico, por demais burocratizada, precisando admitir uma eficiência estatal tanto no que diz respeito à prestação dos serviços públicos, quanto na exploração da atividade econômica pelo Estado.

Godoy (2011) esclarece que havia desafios significativos a serem enfrentados, como: A realização de serviços públicos eficientes e com a qualidade devida, sem que isso significasse uma maior elevação dos gastos públicos e da carga tributária; e a proteção da coisa pública de ataques, tais como, o nepotismo, a corrupção e o uso indevido de subsídios e subvenções públicas, estes últimos classificados como mais modernos.

Segundo o mesmo autor, a solução encontrada para enfrentar tais questões foi uma nova reforma, no caso, a reforma da gestão pública ou reforma gerencial, com a terceirização de determinada parcela dos serviços públicos, para empresas ou organizações sociais sem fins lucrativos, o que viabilizaria que tais serviços fossem prestados com qualidade e eficiência.

Para Pereira (2009), no modelo gerencial, o serviço público permanece profissional e racional, porém, mais sob o enfoque da tomada de decisão gerencial do

que nos procedimentos burocráticos, com assunção de objetivos e competitividade por meio da excelência, com os mecanismos de controle social.

Nessa linha, o Brasil enfrenta mais uma reforma da administração pública, em 1995. A proposta do Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado foi elaborada por Luiz Carlos Bresser Pereira, que, na época, estava na direção do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), extinto após a reforma.

Nesse mesmo ano, houve o envio de proposta de emenda à Constituição (BRITO, 2018; GODOY, 2011), com aprovação da Emenda 19, em 1998.

Para Pereira (2009, p. 22), “[...] A reforma do serviço público teria enfrentado a administração patrimonialista. A reforma da gestão pública ataca a administração burocrática”. Contudo, tem-se que há resquícios dos antigos modelos que se sobrepõem ao atual, em simples observação.

A diferença entre a administração burocrática e a gerencial encontra-se no fato de que a primeira se pauta em procedimentos, enquanto a segunda tem por foco metas e resultados. A ideia era desburocratizar o serviço público, descentralizando-o e proporcionando maior transparência e eficiência.

Com o início do segundo governo de Fernando Henrique Cardoso, em 1999, e as mudanças no Ministério do Planejamento, que passa a Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, a implementação da reforma gerencial se baseou em instrumentos como orçamento anual, no caso, o Plano Plurianual (PEREIRA, 2000). Os entes da federação também procederam a implantação da reforma e de forma consistente.

Por fim, a reforma gerencial pressupõe alternativas e combinações de instrumentos, administrativos e políticos (PEREIRA, 2000), com o fim de ultrapassar a ineficiência e o autoritarismo da burocracia. É aperfeiçoar a estrutura do Estado para que possa oferecer serviços públicos com qualidade e eficiência.

Essa lógica se estende à saúde que, segundo Pereira (2000), cuida ser um serviço “não exclusivo” de propriedade pública não-estatal. Ou seja, de interesse público, de todos e para todos, porém que não faz parte do aparelho estatal, podendo esse serviço ser prestado por organizações sem fins lucrativos, as denominadas organizações sociais.

O autor adverte que os serviços sociais podem ser prestados tanto pelo Estado como pela iniciativa privada. No caso do campo de estudo da presente pesquisa, a FSCMP é entidade pública pertencente à Administração Indireta do Estado do Pará.

Tem por finalidade a assistência à saúde e o ensino, pesquisa e extensão, como será evidenciado mais adiante. Insere-se, portanto, no que Bresser classifica de serviços sociais não exclusivos de propriedade pública não-estatal.

2.3 Saúde mental e trabalho

Neste item, chegamos ao ponto principal do debate, a relação saúde mental e trabalho. Ressalte-se que esta relação tem sido objeto de investigação de muitos estudos, que buscaram identificar/relacionar os fatores de risco à saúde ocasionados pelo trabalho.

Essas investigações se concentraram, inicialmente, na saúde física do trabalhador, e corroboraram para a consolidação de importantes disciplinas, como a Medicina do Trabalho, Engenharia do Trabalho e Ergonomia.

O interesse pela relação saúde mental e trabalho se intensificará no século XX (SELIGMANN-SILVA, 2011), permitindo-se falar na construção e consolidação de um campo de estudo interdisciplinar, e na existência de diferentes modelos teóricos que investigam a temática, todas com suas especificidades e importância.

Retratar essa fase inicial da proteção à saúde do trabalhador e como o debate seguiu para a relação saúde mental e trabalho, para, então, se falar em meio ambiente de trabalho físico e mentalmente saudável se faz importante.

2.3.1 Início da proteção à saúde do trabalhador

Como observado no tópico anterior, o trabalho sofreu mudanças significativas, operadas pelas reestruturações do sistema econômico capitalista, evolução da tecnologia e produção em massa.

Essas alterações fizeram eclodir toda uma sistemática de alienação, dominação e exploração da mão-de-obra operária, que estava sujeita aos horrores e mazelas impostos pelos empregadores.

Contra esse sistema de exploração, os trabalhadores responderam com a organização de movimentos de luta, objetivando melhores condições de vida e de trabalho.

No entanto, essas melhorias foram surgindo lentamente, conforme a amplitude da pressão imposta pelos movimentos de luta da classe operária, conjugada, em

alguns momentos, com os interesses econômicos em pauta, e que exigissem medidas protetivas à mão-de-obra, para tanto.

A importância dos movimentos de luta operária está expressa na fala de Dejourns (2015, p. 14), para quem “[...] A evolução das condições de vida e de trabalho e, portanto, de saúde dos trabalhadores não pode ser dissociada do desenvolvimento das lutas e das reivindicações operárias em geral”. E uma das facetas daquela evolução é a proteção à saúde do trabalhador, representada por ações de segurança e higiene nas minas e indústria.

Dejourns (2015) descreve a história da saúde do trabalhador, dividindo-a em três períodos. O primeiro deles se passa no século XIX e se caracteriza pela luta operária pela sobrevivência (DEJOURS, 2015). São três os movimentos de controle social que se destacam nessa fase: o movimento higienista, o movimento das ciências morais e políticas e o movimento dos grandes alienistas. Tratou-se do uso do conhecimento científico médico para operar o controle dos desvios morais.

Esses movimentos não conseguiram responder às questões do período, quando o movimento de luta operário se intensificou. O que fez com que os empregadores utilizassem a força estatal para reprimir os trabalhadores. Tal conjuntura mudou com a organização dos sindicatos, pois de repressor, o Estado passou a árbitro.

Essa fase significou a “[...] pré-história da saúde dos trabalhadores [...]”, no dizer de Dejourns (2015, p. 19), cujo debate se volta à redução da jornada de trabalho, seguido por diversos outros debates como, por exemplo, a segurança contra acidentes e a higiene.

Esses debates se prolongaram por todo o século XIX. E, entre a criação e derrogação de leis, de idas e vindas, a última década do século simbolizará o início de algumas conquistas, com a edição de leis de cunho social.

Passando-se ao segundo período apontado por Dejourns (2015) e que compreende a Primeira Guerra Mundial até os anos de 1968, este é marcado por dois eventos de impacto, quais sejam, as duas grandes guerras.

Com a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), ocorrem mudanças no cenário trabalhista, promovidas, especialmente, pelos fenômenos da qualidade de produção, escassez de mão-de-obra provocada pelo número de vítimas do front de batalha, necessidade de reconstrução e de realocação dos inválidos.

É nesse período que ocorre o desenvolvimento dos estudos científicos de Taylor sobre a Organização do Trabalho, com as alterações no processo de trabalho já referidas no tópico anterior. Que exigirá novas performances do trabalhador, com ocorrência de danos ao corpo, por meio do esgotamento físico.

Uma percepção inicial do processo saúde-doença do laborista, que não considerará, ainda, as consequências à saúde mental.

A guerra e a luta por melhores condições de vida e trabalho seguiram *pari passu*. E, as vantagens concedidas a certos grupos de trabalhadores em detrimento de outros intensifica a luta por condições trabalhistas igualitárias.

Por outro lado, a escassez de mão-de-obra promoverá a necessidade de proteção do trabalhador e um avanço na concessão de melhorias, que se fixará “[...] em torno da jornada de trabalho, medicina do trabalho e indenização das anomalias contraídas no trabalho” (DEJOURS, 2015, p. 22). É nesse momento que os primeiros rudimentos de uma medicina do trabalho surgirão, por meio das inspeções médicas das fábricas de guerra, reconhecimento das doenças ocupacionais e a criação de comitês e comissões, com o fim de diminuir os perigos e a insalubridade.

Um marco nas conquistas operárias é a votação do estabelecimento da jornada de trabalho de 40 horas semanais, em 1936.

No pós-Segunda Guerra Mundial (1939-1945), as lutas operárias permaneceram a partir do aparecimento de várias frentes de reivindicações, sendo a saúde do trabalhador uma delas, cujos esforços se voltaram para prevenção de acidentes e de doenças, bem como, ao direito à assistência médica.

Outrossim, ocorrerá a “[...] institucionalização da Medicina do Trabalho (1946), da Previdência Social (1945), dos Comitês de Higiene e de Segurança (1947)” (DEJOURS, 2015, p. 24). Contudo, a crítica reside no fato dos cuidados em saúde do trabalhador se limitarem ao corpo adoecido.

As teses sobre a exploração produzida pelo sistema capitalista reportavam-se à “[...] exploração a partir do corpo lesado, do corpo doente, da mortalidade crescente dos operários em relação ao resto da população” (DEJOURS, 2015, p. 24). O autor refere que essas teses estão corretas, porém, uma revisão seria necessária para “inverter a problemática”.

Inverter para fazer constar que as condições de trabalho geram danos ao corpo, mas somente depois de tê-lo dominado, através da “docilidade” promovida pelas

estratégias concentradas no “aparelho mental”, a fim de anular todas as “resistências” que se opõe, sem reservas, ao sistema de exploração capitalista.

Em síntese, os progressos obtidos pelos movimentos de luta dos trabalhadores, no período de 1914 a 1968, foram: a frente operária pela saúde tem uma participação de destaque, e temas como “sobrevivência” passa a dar lugar “à pela saúde do corpo”, culminando no advento da medicina do trabalho, da fisiologia do trabalho e da ergonomia no contexto contemporâneo.

A etapa de luta que se amolda a seguir é a da proteção à saúde mental, que, para Dejours (2015), ocorre a partir dos anos de 1968, terceiro período apontado.

Ao descrever os pontos relevantes desse período, Dejours (2015) inicia a abordagem pelas desigualdades no desenvolvimento. As desproporções de forças “[...] produtivas, das ciências, das técnicas, das máquinas, do processo do trabalho, da organização e das condições de trabalho [...]”, que geraram situações diversificadas, dificultando uma visão geral da “relação saúde-trabalho” (DEJOURS (2015, p. 26). Mas que, por sua vez, ampliam as questões concernentes à saúde, que cuida ser a saúde mental.

Nessa fase, já existiam estudos relacionados à psicopatologia do trabalho, porém, o tema era “quase desconhecido”. E, sendo um assunto complexo, daí a dificuldade para o debate apresentada pelos movimentos de luta operária.

Mesmo assim, a saúde mental passará a ser a palavra da vez da luta dos operários. A psiquiatria já estava em progresso com o desenvolvimento de práticas psicoterapeutas.

Mas, o fato histórico que marca esse período e a escolha do autor pelo ano de 1968 (DEJOURS, 2015), cuida ser as “greves selvagem”, que tiveram início em maio deste ano, sem qualquer interferência do sindicato. Este evento conduzirá ao reconhecimento patronal da necessidade de atendimento das reivindicações operárias de natureza qualitativa.

Por fim, questiona-se qual o fator relacionado ao trabalho que ocasiona danos à saúde mental? Para Dejours (2015, p. 29), o “[...] sofrimento mental... resulta da organização do trabalho”. Esse entendimento embasa, inclusive, as discussões em torno do meio ambiente do trabalho mentalmente saudável, como se verá mais adiante.

Dejours (2015) enfatiza a necessidade de reconhecimento das questões inerentes à saúde mental tanto pelas organizações como pela academia. Logo, faz-

se importante trazer para o debate as discussões sobre saúde mental e trabalho, a interdisciplinaridade dos estudos e os principais modelos teóricos firmados.

2.3.2 Estudos em saúde mental e trabalho

Nos dias atuais, o fenômeno dos transtornos mentais está relacionado a um conjunto de fatores históricos, sociais, culturais, genéticos, biológicos e psicológicos. E, a partir dos estudos sobre os fatores sociais, Seligmann-Silva (2011) afirma o surgimento de duas linhas de pesquisa, uma voltada para os aspectos macro e outra para os aspectos microssociais.

O eixo de análise da primeira linha cuida ser, no dizer de Seligmann-Silva (2011, p. 34), a correlação entre o adoecimento psíquico e os elementos que constitui uma sociedade, “[...] como classe social, sistema político, desenvolvimento social, estrutura educacional, migração, industrialização, etnias”. A segunda, centra seus estudos no papel da família e da escola na determinação dos transtornos mentais. E mais recentemente, passou também a examinar o papel do trabalho.

Deste modo, o trabalho passou a ser objeto de estudo quanto a sua relação no “processo saúde-transtorno mental” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 35; 46), em razão do papel dicotômico que pode assumir, de fortalecimento da saúde mental ou de sua vulnerabilidade. Nesse viés, diversas disciplinas, de diferentes áreas do conhecimento, passaram a investigar os fatores relacionados ao processo saúde-doença mental que se vinculam ao contexto laboral.

Ressalte-se que, as primeiras investigações em psicologia e trabalho não tiveram por fundamento o vínculo entre o labor e o processo saúde-doença (SELIGMANN, 2011), mas, sim, a qualidade do trabalho/trabalhador e da produção, com o fim de alcançar maior produtividade e lucro. Como os estudos de Munsterberg, de 1913, que aborda as contribuições da psicologia para a eficiência na produção. E os de Elton Mayo, década de 1920, com a Escola de Relações Humanas.

Sobre a relação trabalho/saúde mental, em Seligmann-Silva (2011), verificou-se a existência de dois grupos de disciplinas que analisam os efeitos do trabalho sobre a mente humana.

O primeiro deles é composto por dois subgrupos. Um que é formado por disciplinas que concentram suas análises no processo saúde-doença do “[...] ser humano submetido a diferentes condições de trabalho [...]” (SELIGMANN-SILVA,

2011, p. 42). E, outro subgrupo que é formado por disciplinas que servem de base às do primeiro (Quadro 3).

Já o segundo grupo é constituído por disciplinas que se dedicam ao trabalho humano, sem que a saúde seja seu objeto formal de análise. São disciplinas de Ciências Humanas e Sociais, com estudos acerca dos fatores sociais, históricos, políticos, econômicos e culturais, e suas repercussões nos “[...] processos e situações humanas de trabalho no interior das empresas [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 43). Para melhor compreensão, segue o Quadro 3.

Quadro 3 – Grupos de disciplinas que estudam a relação trabalho e saúde mental

GRUPO 1: foco na saúde humana em suas diversas perspectivas	
Ciências da Saúde e da Psicologia	
Subgrupo 1: Estudo do processo saúde-doença do ser humano submetido a diferentes condições de trabalho.	
Disciplina:	1) Medicina do Trabalho; 2) Psicologia do Trabalho; 3) Psicopatologia do Trabalho; 4) Toxicologia; e 5) Ergonomia;
Subgrupo 2: disciplinas que fundamentam o primeiro subgrupo.	
Disciplinas:	1) Fisiologia; 2) Neurologia; 3) Psiquiatria; 4) Medicina Psicossomática; e 5) Psicanálise
GRUPO 2: foco no trabalho humano, quer direta ou indiretamente. Análise dos fatores sócio-históricos, políticos, econômicos e culturais que influenciam os processos e situações humanas de trabalho no interior das empresas. A saúde não consta formalmente como objeto.	
Ciências Humanas e Sociais	
Disciplinas:	1) Filosofia; 2) Economia Política; 3) Sociologia do Trabalho; 4) Antropologia do Trabalho; 5) Organização do Trabalho; 6) Direito, especialmente dos Direitos Humanos.

Fonte: Autora (2022), com base em Seligmann-Silva (2011).

Em termos de Ciência Exatas, cabe ainda as contribuições da Engenharia de Segurança e da Ergonomia (SELIGMANN-SILVA, 2011). A última estuda as formas de adaptações do trabalho ao ser humano, objetivando melhor qualidade de vida. Conforme Ramminger, Athayde e Brito (2013, p. 3193), a Ergonomia possui dois enfoques principais, um cujo foco é o ambiente de trabalho, com análise de características, como “[...] iluminação, calor, umidade, ruídos, assentos, etc [...]”. E outro direcionado à análise da “atividade situada”, classificada de “Ergonomia da Atividade”.

Do cotejo das evidências apresentadas por esses grupos de disciplinas, Seligmann-Silva (2011) assevera, assim como Dejours (2015), que o processo contínuo de formação de forças desiguais de poder tem gerado problemas mais profundos relacionados ao trabalho/saúde, passando a incidir sobre a saúde mental do laborista. Deste modo, o debate segue para a análise dos principais modelos teóricos e suas contribuições para o estudo em saúde mental e trabalho.

2.3.3 Modelos teóricos em saúde mental e trabalho

No item anterior, vimos os dois eixos de análise e as respectivas disciplinas que, direta ou indiretamente, debruçaram-se sobre a relação saúde mental/trabalho. Nesse sentido, seguiremos, agora, para os apontamentos sobre os principais modelos teóricos sobre o tema.

2.3.3.1 Contribuições da teoria do estresse

A teoria sobre o estresse foi desenvolvida pelo endocrinologista canadense Selye, na década de 1930, a partir dos fundamentos da Fisiologia. Seus estudos foram desenvolvidos em laboratório, com o objetivo de investigar as reações fisiológicas que o organismo manifesta diante de “[...] situações agudas [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 125). Ou seja, tinha por objetivo observar as respostas que eram dadas pelo sistema neuroendócrino e outros, diante de circunstâncias nocivas enfrentadas pelo indivíduo.

Inicialmente, a palavra estresse foi utilizada pela física para designar a tensão e “[...] o desgaste de materiais submetidos a excessos de peso, calor ou radiação [...]”, conforme explica Jacques (2003, p. 101). Deste modo, o médico Hans Selye exportou o termo para a área da saúde, a fim de definir os sintomas do que se denominou de “síndrome geral de adaptação”, dividida em três fases sucessivas: alarme ou alerta; resistência e esgotamento ou exaustão.

Além de situações extremas/agudas, Seligmann-Silva (2011, p. 125) cita que foram objeto de estudo da Teoria do Estresse as “[...] situações não agudas geradoras de mal-estar [...]”. Verificou-se que, nesses casos, a atuação prolongada de tais circunstâncias culmina em danos ao organismo.

A seguir, buscou-se compreender o processo cognitivo-comportamental, com ênfase nas formas de aprendizagem e os meios de adaptação do indivíduo, com a

finalidade de prevenir os distúrbios à saúde. Quanto ao trabalho, as investigações tiveram por foco identificar os fatores de estresse laborais.

Sobre esses fatores estressores, Seligmann-Silva (2011) aponta os estudos realizados por Kalimo (1987), por meio do qual os estressores foram listados e divididos em nove categorias, são eles: Estressores relacionados às exigências para a realização das tarefas; Organização e gerenciamento; Work-Role (Papéis desempenhados); Problemática referente à carreira; Horários de trabalho inconvenientes; Limitação dos contatos interpessoais; Pouca segurança no emprego; Riscos físicos e químicos e Problemas na interface trabalho/lar.

Outros estudos que merecem citação são os realizados com base nas teorias do estresse e no modelo desenvolvido por Robert Karasek, nos anos de 1970 (SELIGMANN-SILVA, 2011), e denominado de modelo tridimensional do ambiente psicossocial de trabalhos. O modelo segue três eixos de análise: as exigências do trabalho; os níveis de apoio social ao executante das tarefas; e os níveis de controle do trabalhador sobre o seu próprio desempenho.

Outrossim, Jacques (2003) assevera que o estresse não é considerado uma doença, e, sim, uma forma de adaptação do organismo frente a diversas circunstâncias da vida cotidiana, inclusive o trabalho, pela sua importância. No entanto, o conceito de estresse norteou “[...] a categorização e as rubricas referentes a um amplo conjunto de distúrbios mentais [...]”. Questão que se encontra evidente pelo número de “[...] rubricas que contém a palavra ‘estresse’ [...]” adotadas na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 124). O que marca a hegemonia do conceito.

Por fim, Seligmann-Silva (2011) explica que este é o modelo mais utilizado na formação de base de dados. Contribui para a realização de estudos de abordagem quantitativa na área de epidemiologia, na identificação de fatores de risco estressores tanto no setor da economia, como no trabalho e dentre outros.

Contribui ainda para a questão da prevenção em saúde, por meio de conceitos como o de enfrentamento e o da mobilização de apoio social e afetivo, muito utilizado na área da saúde mental.

O primeiro deles está relacionado às estratégias usadas pelo indivíduo frente às circunstâncias estressantes, que podem ser de natureza cognitiva-comportamental. E a segunda corresponde ao modo de acionamento e tipos de apoio.

Portanto, o modelo trouxe grandes contribuições para a prevenção em saúde e qualidade de vida.

2.3.3.2 Contribuições do modelo epidemiológico e/ou diagnóstico

A epidemiologia tem sua origem vinculada aos estudos de Hipócrates sobre os fatores ambientais que contribuem para o adoecimento, há mais de 2000 anos. No entanto, o século XIX é considerado o período formal de seu início.

É um ramo da ciência responsável pelo “[...] estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, e sua aplicação na prevenção e controle dos problemas de saúde [...]” (BONITA, BEAGLEHOLE, KJELLSTRÖM, 2010, p. 2). Suas análises contribuem, de modo significativo, para o controle de indicadores e meios de promoção da saúde.

Para Jacques (2003, p. 106), sua relação com a saúde do trabalhador remonta aos anos de 1700, com a obra de Ramazzini, que avaliou “[...] os efeitos do trabalho nos processos de adoecimento dos trabalhadores [...]”. Contudo, é somente com a mudança do paradigma unicausal para a concepção multicausal, a partir da Segunda Guerra Mundial, que a epidemiologia será empregada no campo da saúde/doença mental.

Duas são as escolas epidemiológicas que abordam esse tema, a “[...] russo/anglo-saxã e a franco/latino-americana [...]” (JACQUES, 2003, p. 6). Esta última com fundamento no modelo da determinação social da doença e na dialética.

No que concerne ao processo saúde-doença mental e a “lógica epidemiologista”, Jacques (2003, p. 107) cita os estudos de Codo e colaboradores (2002) sobre os “[...] quadros psicopatológicos associados a determinadas categorias profissionais [...]”, e fundamentados nas teorias marxistas e na psicologia.

Esses estudos contribuíram para a evidenciação do trabalho como um dos construtores do psiquismo, bem assim, do processo saúde-doença mental.

2.3.3.3 Contribuições da psicodinâmica do trabalho

O modelo da Psicodinâmica do Trabalho (PDT) foi desenvolvido por Christophe Dejours, a partir das pesquisas que desenvolveu em Psicopatologia do Trabalho (PPT), como esclarece Jacques (2003, p. 103-104), cujo objeto de análise é o impacto

do trabalho sobre o psiquismo do trabalhador, ou seja, qual o potencial de nocividade das situações que envolve o trabalho para a psiquê humana.

Em seus estudos, Dejours (2015, p. 44) investigou as estratégias de defesa desenvolvidas pelos trabalhadores frente a situações angustiantes do trabalho. Dispondo que essas estratégias podem ser coletivas ou individuais, e tem por objetivo mascarar “[...] uma ansiedade particularmente grave [...]”. Bem como, são próprias de cada grupo social, portanto, devem ser analisadas considerando a especificidade de cada profissão.

A partir do estudo das estratégias de defesa, Dejours (2015) analisou o sofrimento psíquico, como se determinam e qual a influência da organização do trabalho para tanto. A evidência inicial que embasou esse estágio da pesquisa foi a vivência operária, seu discurso, e os sofrimentos sistematizados mediante os sintomas da insatisfação e da ansiedade.

O conflito entre a organização do trabalho e as aspirações humanas, exige do trabalhador esforços para se adaptar à tarefa (DEJOURS, 2015). Quanto maior for a rigidez da organização do trabalho, menor a possibilidade de adaptação e o conteúdo significativo do trabalho é bloqueado, surgindo o sofrimento.

Dejours (2015, p. 173) conclui que há situações no trabalho que geram sofrimento mental, que parte do conflito entre “[...] uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora [...]”. O sofrimento mental se inicia quando o indivíduo não possui nenhuma liberdade de inovar na execução da tarefa de trabalho.

O debate se aprofunda com o estudo dos conceitos da ergonomia, onde Dejours (2015, p. 72-73) dá ênfase às intervenções ergonômicas e suas restrições diante da “[...] economia global da relação da relação homem-trabalho”. Considerando que o alívio apresentado por aquelas intervenções é limitado, passageiro.

E das contradições entre a satisfação momentânea dos benefícios das intervenções e os agravamentos posteriores à correção ergonômica, o autor inicia um novo debate sobre a insatisfação do trabalho, qual seja, a do sofrimento mental, a partir da desarmonia entre o conteúdo ergonômico do trabalho e a estrutura da personalidade.

Dejours (2015, p. 73) explica que essa insatisfação não se encontra “situada no registro do simbólico”, como acontece com a insatisfação ligada ao conteúdo

significativo do trabalho. Antes, trata-se de insatisfação e frustração concretas, sendo de ordem econômica.

E conclui que a insatisfação relacionada ao conteúdo significativo do trabalho impacta a saúde mental, podendo conduzir a doenças somáticas. Por outro lado, o conteúdo ergonômico inadequado atinge a saúde física, podendo se registrar na mente quando a inadequação ergonômica envolver a estrutura da personalidade, mediante a carga psíquica do trabalho, provocando desordens no corpo.

Portanto, as abordagens em PDT se centralizam na dinâmica do trabalho e nas vivências de sofrimento e prazer, o reconhecimento pelos pares, a construção da identidade e as estratégias de defesa.

2.3.3.4 Contribuições da concepção de desgaste mental

A concepção de desgaste foi apresentada por Asa Cristina Laurell, nos anos de 1980, significando a “[...] perda de capacidade potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica [...]”, no dizer de Seligmann-Silva (2011, p 135). A fundamentação teórica para embasar os estudos foi o materialismo dialético, e os conceitos de trabalho alienado e dominado.

Diante do fato que a dimensão mental não foi objeto de debate dos estudos de Laurell, à época, Seligmann-Silva (1995; 2011, p. 136) propôs a análise do desgaste mental, tendo por referencial a “[...] proposta teórica de Laurell [...]”, e considerando que:

Nas interseções entre processo de trabalho e processo saúde-doença, determinações de ordem sociopolítica e econômica passam a atuar. Nas situações de trabalho dominado, a desvantagem que faz com que o corpo e os potenciais psíquicos do trabalhador sejam consumidos pelo processo de trabalho e por constrangimentos a ele vinculados se configura como desgaste.

A questão posta por Seligmann-Silva (2011) objetivou a compreensão dos fenômenos psíquicos relacionados ao trabalho por meio da teoria do desgaste. Se existe essa possibilidade, posto que os processos de desgaste orgânico relacionados ao labor já se encontram sedimentados.

Para fundamentar seus estudos sobre o desgaste mental, a autora valeu-se dos conceitos de trabalho dominado/explorado; de vulnerabilidade humana; de corrosão do caráter; de desgaste orgânico e da esperança; e das relações de poder e expropriação, entre outros.

Conforme o estudo, existem três níveis de desgaste mental (SELIGMANN-SILVA, 2011): o desgaste literal ou orgânico; o desgaste funcional e as variações de mal-estar (a fadiga); e o desgaste da subjetividade.

O desgaste literal ou orgânico tem como ênfase os danos ocasionados por circunstâncias do trabalho e que afetam o “[...] substrato orgânico da mente [...]”, quais sejam, acidentes do trabalho e a ação tóxica de determinados produtos, que provoquem lesões no “sistema nervoso”, acarretando “[...] déficits intelectuais ou transtornos de ordem psicoafetiva [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 139). No geral, produtos químicos pesados, agentes biológicos e físicos podem gerar lesões no sistema nervoso.

O desgaste funcional e as variações do mal-estar têm como eixo de análise o fenômeno da fadiga, e se esse evento pode ser considerado como desgaste e que tipo.

A fadiga mental e física são processos indissociáveis, daí passou-se a adotar a expressão “cansaço geral”, que ao prolongar-se no tempo pode dar origem a outros quadros patológicos classificados de “fadiga crônica ou fadiga patológica”, cujos sintomas são: cansaço que não cede ao sono diário; distúrbios do sono; irritabilidade; desânimo; dores diversas e perda de apetite. (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 140-141). Esse cansaço configura-se em “desgaste orgânico” e “sofrimento mental”, com impactos na sociabilidade e no humor.

Com relação aos pontos de convergência entre os conceitos, os estudos realizados por Laurell e Márquez (1983) apontaram a relação entre estresse e o processo de desgaste, onde o primeiro compõe o segundo. Nesse tocante, tem-se o estresse como elemento do processo de desgaste, associados aos “[...] processos de trabalho taylorista-fordista e automáticos [...]”, cujos efeitos são a “[...] subcarga qualitativa/sobrecarga quantitativa de trabalho [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 141), capazes de consumir as energias e ocasionar o desgaste.

Com base nos estudos produzidos por Aubert e Gaulejac (1991), Seligmann-Silva explica (2011, p. 141) que, ao analisarem a “estruturação produtiva” e o imperativo da excelência, os autores identificaram nova patologia nos empregados, que denominaram de “neurose da excelência”, ocasionada pelo estresse em decorrência da intensificação do trabalho, em razão do temor de não alcançar os padrões de excelência exigidos, promovendo impactos na subjetividade quanto a “autoimagem” e “autoconfiança”.

No tocante ao cansaço, este afeta a vida sociopolítica do indivíduo, posto que, estudos realizados com trabalhadores industriais identificaram que o cansaço pode prejudicar a “[...] a possibilidade de lazer ativo significativo e de participação social geral [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 141), favorecendo, desta maneira, a manutenção da sujeição e a dinâmica da alienação.

O terceiro nível de desgaste mental cuida ser o desgaste da subjetividade, quando a identidade do indivíduo é afetada. Nessa vertente, existem três eixos de análise (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 143): a corrosão do caráter, a economia psicossomática e a identidade em processo. Conforme Seligmann-Silva (2011), a corrosão do caráter se encontra embasado pelos estudos de Richard Sennett (1991) acerca de como as condições de vida e trabalho podem afetar valores e crenças corroendo a identidade do indivíduo.

Com fulcro nesses estudos, Seligmann-Silva (2011) questiona se aquela corrosão pode ser considerada uma deformação, e se pudesse ser entendida como consumo, se o termo desgaste se aplica intensificando o valor da concepção proposta por Sennett.

A resposta para a questão acima aventada encontra-se nos estudos sobre a economia psicossomática e a identidade em processo. O embasamento teórico da primeira concepção (economia psicossomática) são os estudos desenvolvidos por Pierre Marty (1976) acerca dos “fenômenos psicossomáticos”, na visão psicanalítica, bem assim, o trabalho de Christian (1989) sobre a “estrutura biocibernética do estresse” e como a “[...] vida afetiva tem sempre uma correspondência somática [...]” (SELIGMANN-SILVA, 2011, p. 143).

Sobre a identidade em processo, Seligmann-Silva (2011) aponta as investigações realizadas por Yves Clot (2008), acerca do poder de agir e o reconhecimento de si na dinâmica da atividade, ocasionando sentido ao trabalho.

Quando o trabalhador tem essa possibilidade de recriação, reconhecendo-se na dinâmica da atividade, o trabalho tem sentido. O contrário gera frustrações que, prorrogando-se no tempo, ocasiona sofrimento social.

Seligmann-Silva (2011) o processo de desgaste mental e a instância do trabalho está relacionado aos três conceitos - identidade em processo, economia psicossomática e corrosão do caráter.

Por tudo, os estudos produzidos em SMRT buscaram compreender o processo saúde-doença mental relacionado ao trabalho. Quais situações vinculadas ao labor podem ocasionar o adoecimento mental.

Do cotejo do que já foi apresentado até aqui, observa-se que as reestruturações do sistema capitalista provocaram alterações significativas no processo de trabalho, com impactos à saúde mental do trabalhador.

E, como visto, as causas para o adoecimento psíquico vinculado ao trabalho guardam relação tanto com as condições de trabalho, quanto com a organização do trabalho e as relações interpessoais no trabalho.

Nessa conjuntura, o diálogo se volta, agora, para a proteção à saúde mental do trabalhador. O tema é de grande relevância, especialmente, neste período de pós-pandemia.

2.3.4 Da proteção à saúde mental do trabalhador

A saúde do trabalhador encontra amparo na Constituição Federal de 1988. Como espécie de saúde (BRASIL, 1988, art. 6º), é consagrada como um direito fundamental social.

Enquanto saúde do trabalhador propriamente dita, o texto constitucional (BRASIL, 1988, art. 7º, XXII) dispõe que são direitos dos trabalhadores: *“a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança”*.

E, entre as competências do SUS (BRASIL, 1988, art. 200, VII), a CRFB disciplina a atribuição de: *“colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”*.

Por fim, a CRFB (BRASIL, 1988, art. 225) estabelece que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado.

Conforme se extrai dos mandamentos constitucionais, o trabalhador tem direito à saúde e ao meio ambiente de trabalho equilibrado.

2.3.4.1 Do direito à saúde do trabalhador

Conforme dito antes, o direito à saúde do trabalhador está estampado na CRFB (BRASIL, 1988, art. 6º 7º, XXII), em vista da saúde ser um direito fundamental social, e o direito do trabalhador à redução dos riscos relacionados ao trabalho.

Importante dizer que, que a assembleia constituinte de 1988 reservou seção própria para tratar da saúde e do SUS CRFB (BRASIL, 1988, art. 196 a 200), reconhece a saúde como um direito de todos, veja-se:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

No artigo 198, incisos I a III, estão dispostas as diretrizes constitucionais do SUS (BRASIL, 1988). Entre essas diretrizes está a integralidade da assistência, com prioridade para as atividades preventivas. Sedimenta-se uma visão de saúde pautada não somente na cura de doenças.

No plano infraconstitucional, a Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990, art. 6º) prevê as atividades que compõem o campo de atuação do SUS, estando a saúde do trabalhador entre elas. E, no § 3º do mesmo artigo, apresenta a definição de saúde do trabalhador:

§ 3º Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho [...] (BRASIL, 1990, art. 6º, § 3º).

Portanto, a saúde do trabalhador é reconhecida como um direito fundamental, e está entre as atividades que compõem o campo de atuação do SUS, e deve ser orientada pela integralidade da assistência, mediante ações preventivas, prioritariamente.

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT, 2012), Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012, em seu artigo 6º, inciso I, faz referência às ações coletivas de prevenção como uma das formas de sua implementação da política, veja-se:

Art. 6º Para **fins de implementação** da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, dever-se-á considerar a articulação entre:
I - as ações individuais, de assistência e de recuperação dos agravos, com **ações coletivas**, de promoção, **de prevenção**, de vigilância dos ambientes, processos e atividades de trabalho, e de intervenção sobre os fatores determinantes da saúde dos trabalhadores (PNSTT, 2012, p. 2, grifo nosso).

A prevenção também se encontra consagrada pela Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador (PNSST, 2011), Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011, no tópico “OBJETIVOS E PRINCÍPIOS, itens I e II, que dispõem:

I - A Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST tem por objetivos a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida do trabalhador e a **prevenção de acidentes e de danos à saúde advindos**, relacionados ao trabalho ou que ocorram no curso dele, por meio da eliminação ou redução dos riscos nos ambientes de trabalho;

II - A PNSST tem por princípios:

[...];

b) **prevenção**; (PNSST, 2011, p. 1, grifo nosso).

Pelo Dicionário Online de Português (2022, p. 1), prevenção significa o “conjunto de atividades e medidas que, feitas com antecipação, busca evitar um dano ou mal”. Na área da saúde (BRASIL, 2013), o termo vem sofrendo alterações para inserir não somente as medidas que evitem o desenvolvimento da doença, como aquelas que impeçam a sua progressão.

Com base em Moraes (2014), tem-se que a prevenção significa, entre outros, “chegar antes de”, reclama uma atividade prévia com o fim de evitar o progresso de determinada doença.

A mesma autora assevera que a prevenção em saúde do trabalhador é desempenhada pelo Estado (BRASIL, 1988, art. 196) e pelo empregador (Lei nº 8.080/1990, art. 2º, § 2º), concretizando-se pela proteção à saúde do laborista no meio ambiente do trabalho, mediante a redução dos riscos e outros meios regulamentos em lei, temas que serão tratados adiante.

2.3.4.2 Do meio ambiente do trabalho

O meio ambiente ecologicamente equilibrado é de tal importância para a existência humana, que passou ao status de direito humano fundamental de 3ª dimensão, encampando as normas nacionais e internacionais. No olhar de Pereira (2019), trata-se de direito de maior envergadura dentre os direitos humanos de 3ª dimensão, porque de caráter existencial e, por isso, de natureza essencialmente coletiva, transindividual.

Para Maranhão (2010, p. 45), o meio ambiente depende da “[...] interação sistêmica de fatores naturais, artificiais, culturais e laborais que influencia as condições de vida em todas as suas formas [...]”. A partir dessa percepção, Pereira (2019) afirma que os jus ambientalistas dividem o meio ambiente humano em: natural, artificial, cultural e do trabalho.

O ponto de interesse da presente pesquisa remete ao meio ambiente do trabalho, salvaguardado pelo art. 200, inciso VIII, da CRFB (BRASIL, 1988), que dispõe ser uma das competências do SUS a colaboração na proteção do meio ambiente, nele inserido o do trabalho.

A compreensão do meio ambiente como do trabalho perpassa por seus elementos constitutivos. Em Maranhão (2016), tem-se que os elementos nucleares do meio ambiente do trabalho são: o *ambiente*, a *técnica* e o *homem*.

Desses três elementos essenciais, a presença humana, na figura de trabalhador, é o crucial para que o cenário se constitua em meio ambiente do trabalho. Ainda que estejam presentes os elementos ambiente e técnica, o meio ambiente do trabalho somente nasce quando da conjugação desses dois elementos com a ação humana.

Outro ponto de interesse para o debate diz respeito aos fatores de riscos relacionados ao meio ambiente do trabalho, e que podem ocasionar danos à saúde e à segurança do trabalhador.

Com base em aportes doutrinários e nas diversas interações que compõem o meio ambiente laboral e que podem gerar danos, Maranhão (2016, p. 90) considera os seguintes fatores de riscos: as *condições de trabalho*, a *organização do trabalho* e as *relações interpessoais*.

A descrição de cada um desses fatores é realizada pelo mesmo autor (MARANHÃO, 2016, p. 90-92), que dispõe que *condições de trabalho* se referem às condições físico-estruturais do ambiente de trabalho, e dizem respeito aos clássicos elementos físicos, químicos e biológicos, bem assim, da estrutura e mobiliário do local de trabalho. É a noção tradicional que relaciona meio ambiente laboral ao local de trabalho, com ênfase na saúde física dos trabalhadores.

O segundo fator de risco, *organização do trabalho*, está relacionado com a parte técnico-organizacional fixada para a execução do trabalho, e envolve normas e modo de produção, tempo e ritmo de trabalho, conteúdo das tarefas, jornada de trabalho, remuneração, conhecimento do trabalho, técnicas de gerenciamento do trabalho e técnicas de cobrança de resultados. Nessa vertente, o meio ambiente laboral está vinculado à situação de trabalho, e a ênfase é a saúde psicofísica dos trabalhadores.

As *relações interpessoais* se referem à qualidade das interações socioprofissionais que são vivenciadas diariamente no contexto do trabalho a nível

hierárquico, clientes, colegas de trabalho e representantes da tomadora do serviço. O meio ambiente laboral se vincula à ideia de convivência de trabalho, e a ênfase é a saúde mental dos trabalhadores, ou seja, a relação direta homem/homem.

Maranhão (2016, p. 83-84) conclui suas considerações sobre os fatores de risco com a referência ao art. 5º da Convenção 155 da OIT que, para o autor, é norma que expressa esses fatores, veja-se:

A política a que se faz referência no Artigo 4 do presente Convênio deverá levar em consideração as grandes esferas de ação seguintes, na medida em que afetem a segurança e a saúde dos trabalhadores e o meio ambiente de trabalho:

a) desenho, ensaio, eleição, substituição, instalação, disposição, utilização e manutenção dos componentes materiais do trabalho (lugares de trabalho, meio ambiente de trabalho, ferramentas, maquinaria e equipamento; substâncias e agentes químicos, biológicos e físicos; operações e processos);

b) relações existentes entre os componentes materiais do trabalho e as pessoas que o executam ou supervisionam, e adaptação da maquinaria, do equipamento, do tempo de trabalho, da organização do trabalho e das operações e processos às capacidades físicas e mentais dos trabalhadores [...]. (MARANHÃO, 2016, p. 83-84).

Acerca das concepções conceituais, o autor (MARANHÃO, 2016) critica os conceitos clássicos de meio ambiente do trabalho engendrados na tríade *físico-espacial-empregatícia*. Afirma a necessidade de construção conceitual desvinculada da referência normativa de meio ambiente ou que o conceito legal de meio ambiente seja lapidado para acomodar as peculiaridades da realidade labor-ambiental.

Para Maranhão (2016, p. 112), em termos jurídicos, meio ambiente do trabalho resulta:

[...] da interação sistêmica de fatores naturais, técnicos e psicológicos ligados às condições de trabalho, à organização do trabalho e às relações interpessoais que condiciona a segurança e a saúde física e mental do ser humano exposto a qualquer contexto jurídico-laborativo.

A concepção de meio ambiente do trabalho proposta pelo autor considerou na análise as descobertas em SMRT acerca das determinantes do processo saúde-doença mental vinculadas ao labor.

Nesse viés, Maranhão (2016) reporta a pesquisa de Dejours (2015), em PDT, e sua conclusão sobre os impactos da organização do trabalho à saúde mental do trabalhador. E as condições de trabalho estão relacionadas, em maior grau, com os impactos à saúde do corpo.

Outras práticas em saúde que podem corroborar tanto para a prevenção como para a promoção em saúde, são as práticas integrativas, a escuta psicológica e as rodas de conversa, abordadas nas próximas alíneas.

2.3.4.3 Práticas integrativas e complementares

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi instituída, em 2006, pela Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006, e ampliada pelas Portarias GM nº 849/2017 e GM nº 702/2018.

Entre os motivos de instituição da política se encontra a integralidade da atenção como uma diretriz do SUS e o documento da OMS sobre as “Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005” (BRASIL, 2006). Inicialmente, foram contempladas as seguintes práticas: homeopatia, da medicina tradicional chinesa/acupuntura, de plantas medicinais e fitoterapia, além de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia.

Em 2017 e 2018, foram incluídas mais de vinte práticas entre: meditação Reik, terapia comunitária integrativa, yoga e outras.

As práticas integrativas de interesse deste trabalho são: o Reiki; a Auriculoterapia e a Ginástica Laboral:

- Reiki: É uma prática de imposição de mãos que usa a aproximação ou o toque sobre o corpo da pessoa com a finalidade de estimular os mecanismos naturais de recuperação da saúde. Baseado na concepção vitalista de saúde e doença também presente em outros sistemas terapêuticos, considera a existência de uma energia universal canalizada que atua sobre o equilíbrio da energia vital com o propósito de harmonizar as condições gerais do corpo e da mente de forma integral. (BRASIL, 2017);
- Auriculoterapia: É um método que utiliza específicos pontos do pavilhão auricular para tratar várias desordens do corpo. (KUREBAYASHI; SILVA, 2015);
- Ginástica laboral: é uma modalidade de atividade física praticada dentro da empresa, também conhecida como ginástica compensatória, ginástica do trabalho ou de pausa. Seu objetivo maior é criar um espaço para a melhoria do condicionamento físico dos trabalhadores,

quebrando o ritmo das tarefas repetitivas e da monotonia e, primordialmente, prevenir o surgimento de doenças ocupacionais (SERRA, 2014).

2.3.4.4 Escuta psicológica

Outra ferramenta que pode ser utilizada no contexto laboral, visando auxiliar os trabalhadores na reelaboração dos conflitos (LAPOLLI; GOMES, 2019, p. 5), por isso a citação:

[...] percebe-se que a escuta psicológica é uma ferramenta básica que o psicólogo utiliza em diferentes contextos de atuação. Entretanto, valorizar essa ferramenta no contexto organizacional, onde se verifica um elevado número de afastamentos do trabalho devido a transtornos mentais, pode se mostrar eficaz no sentido de auxiliar os trabalhadores a reelaborarem seus conflitos.

Para Lapolli e Gomes (2019), a escuta psicológica é importante para o enfrentamento do estresse, possibilitando sua amenização, melhora da saúde e do clima no trabalho.

2.3.4.5 Rodas de conversa

As rodas de conversa são um método de participação coletiva, que tem por fim a promoção do diálogo sobre temas, a fim de que sujeitos envolvidos se expressem e escutem uns aos outros, no trato de determinadas problemáticas (FARIAS; BARBOSA, 2016). O objetivo é promover a sensibilização dos participantes e conduzir a uma reflexão e socialização.

Segundo Faria e Barbosa (2016, p. 2), essa metodologia pode ser utilizada em vários ambientes como “[...] escolas, unidades de saúde, associações comunitárias e outros”. Para os autores é um procedimento que possibilita o debate, o diálogo sobre o dia a dia do trabalho e sua organização.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A ciência se diferencia das demais formas de conhecimento por conta de seu caráter racional e procedimental, cujo fim é identificar as causas para os fenômenos que envolvem os seres humanos. Henriques e Medeiros (2017, p. 7-15) ensinam que a ciência é “[...] um campo de conhecimento com técnicas especializadas de verificação, interpretação e inferência da realidade [...]”, para os fins de controle dos eventos que tocam a humanidade.

Essas técnicas especializadas orientam o pesquisador na condução da investigação, e são objeto de estudo do campo da metodologia, que, nas palavras de Minayo (2015, p.14), significa o:

Caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade).

Portanto, este tópico foi reservado à classificação da pesquisa quanto aos métodos, técnicas e instrumentos a serem utilizados para a sua consecução.

3.1 Método

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, o método utilizado foi o Dialético. Meireles (2019, p. 38) compreende a Dialética como a “[...] arte do diálogo, arte de debater, raciocinar”, ainda que o termo receba significados distintos. Trata-se do argumento sobre a realidade, percebida não de modo estático, inalterado, mas em constante movimento, em processo dinâmico.

Nessa linha, as palavras de Henriques e Meireles (2017, p. 42), que a Dialética “[...] leva a uma interpretação dinâmica da realidade [...]”. O que significa dizer que, para a Dialética, os fatos sociais não devem ser interpretados isoladamente, mas devem considerar, na análise, as questões de ordem política, econômica e cultural.

Não existe um consenso acerca do número de leis que o método possui. Marconi e Lakatos (2019, p. 100-107) as resumem em quatro leis fundamentais da dialética: a *ação recíproca* (as coisas estão relacionadas entre si e em movimento, condicionando umas às outras); a *mudança dialética* (que perpassa pela tese, antítese até chegar na tese); a *passagem da quantidade à qualidade* (a mudança contínua ou descontínua da quantidade até o alcance da mudança de estado); e a *interpenetração*

dos contrários (a contradição interna é o ponto de partida para a mudança, para a transformação de estado).

Entre os elementos essenciais do método dialético, Loureiro (2018, p. 260) considera a contradição e o antagonismo “um dos mais importantes”. Conforme a autora, no estudo de “uma situação social ou um fato”, que se pautar no método dialético, é apropriado o debate sobre as contradições internas.

Nessa esteira, o fenômeno da enfermidade mental esteve, por muito tempo, relacionado a fatores místicos. Somente na Idade Moderna ocorrerá uma mudança de paradigma, onde o fator orgânico será considerado como única causa para o surgimento do adoecimento mental, mas ainda sem relação com os fatores sociais.

Com o tempo, o argumento orgânico/biológico sofrerá críticas. E o processo saúde-doença mental passará a ser vinculado à interação de diversos fatores de ordem histórica, biológica, cultural, econômica e social.

Essa nova mudança de paradigma favoreceu a consolidação de estudos acerca das interações sociais que contribuem para o adoecimento mental, nos níveis macro e microssocial, incluindo-se, neste último, o trabalho.

Ressalte-se que as primeiras garantias em saúde do trabalhador voltaram-se para a saúde física do laborista. Uma resposta aos movimentos de luta por melhores condições de vida e saúde, em vista das circunstâncias desfavoráveis e degradantes de trabalho que ocasionaram o adoecimento e, até mesmo, a morte de muitos trabalhadores.

Há de se considerar ainda que o trabalho cumpre um papel dicotômico na vida do trabalhador no que se refere a sua saúde, ora como fonte de adoecimento, ora como fonte de prazer.

O estudo proposto tem por objeto a saúde e o adoecimento mental no serviço público hospitalar. Questiona-se os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da FSCMP, hospital público estadual, localizado em Belém, capital do estado do Pará.

Buscou-se identificar quais transtornos mentais têm atingido esses profissionais, bem assim, as medidas adotadas pela fundação em termos de prevenção em saúde mental dos servidores.

Trata-se de um debate importante diante do crescente número de pessoas acometidas por alguma forma de adoecimento mental, conforme reconhecido pela

OMS, e a necessidade de afastamento do trabalho e/ou concessão de aposentadoria por invalidez, reflexos socioeconômicos da doença mental.

A situação da saúde mental se tornou ainda mais preocupante com o surgimento da pandemia de covid-19, em 2020. As restrições de ordem social e econômica, o excesso de demandas nos hospitais, com carência de leitos e grande número de mortos são questões que aumentam a preocupação com a saúde mental da sociedade.

O debate eleva-se às medidas de prevenção em saúde mental, uma discussão que deve ocorrer a nível orgânico, político/jurídico, social, cultural e econômico.

Frente a toda problemática em saúde mental em nível mundial, faz-se necessária a argumentação sobre quais medidas estão sendo adotadas pelas organizações e, especificamente, a instituição pública.

Isso também se tornou central desde a disseminação mundial do novo coronavírus. Portanto, o debate mostra-se atual e pertinente, robustecendo o conhecimento científico sobre o tema.

3.2 Abordagem mista da pesquisa

Para atingir os objetivos de pesquisa propostos, optou-se pela abordagem quali-quantitativa. Esta abordagem é denominada por Creswell e Creswell (2021, p. 4) de pesquisa de métodos mistos. Segundo os mesmos autores, trata-se de uma “abordagem de investigação” que combina ou integra dados qualitativos e quantitativos, que é o caso deste trabalho.

Galvão, Pluye e Ricarte (2017, p. 5) entendem que o método misto possibilita “[...] o estudo de problemas complexos e a construção de resultados de pesquisa potencialmente mais completos e relevantes”. E, considerando a problematização da pesquisa: Quais os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos que atuam na FSCMP? E a natureza das questões objetivas inerentes: Quais transtornos mentais têm acometido esses servidores públicos? Quais ações preventivas são praticadas pela FSCMP? O tema saúde mental tem sido abordado pela instituição? De que forma? Logo, a natureza do estudo é de viés tanto quantitativo como qualitativo.

Diante disso, a escolha do método misto se justifica, tendo em vista que viabiliza a análise do problema frente sua complexidade. Na visão de Creswell e

Creswell (2021), se o pesquisador tem acesso a dados quali-quanti, a abordagem mista é a ideal.

A estratégia de pesquisa utilizada foi a abordagem mista convergente (CRESWELL; CRESWELL, 2021), por meio da qual a coleta de dados ocorre de forma simultânea, porém, com a análise em separado e comparação dos achados.

3.2.1 Abordagem quantitativa

Logo, para a identificação dos tipos de transtornos mentais apresentados pelos servidores públicos, no período de 2018/2021, foi aplicada a abordagem quantitativa que, no dizer de Henriques e Medeiros (2017), baseia-se na quantificação para coleta e tratamento de informações à luz das técnicas estatísticas.

Esclareça-se, desde logo, que o período, anteriormente, selecionado para a coleta dos dados foi 2018/2020. Porém, com o prolongamento da pandemia por covid-19 por todo o ano de 2021, optou-se pela ementa, junto à Plataforma Brasil, para se fazer incluir na coleta o ano de 2021, e, assim, realizar o comparativo dos dois anos anteriores com os dois anos de pandemia.

A coleta dos dados estatísticos foi operacionalizada de forma secundária, por meio de acesso ao banco de dados de atestados e laudos médicos apresentados pelos servidores, referente aos anos de 2018 a 2021.

Deste modo, procedeu-se a análise estatística descritiva dos dados, inicialmente.

O objetivo da análise descritiva é descrever os principais acometimentos de doenças de cunho mental pelos servidores desta instituição por meio da Classificação Internacional das Doença (CID10) identificados na instituição. Desta forma, traçou-se um perfil epidemiológico por idade, por cargo e por tipo de doença (Descrição abreviada) por meio de tabelas e/ou gráficos.

As tabelas e os gráficos estatísticos são utilizados para mostrar, visualmente, e de forma simples, clara e a veracidade dos dados.

A seguir, realizou-se a análise estatística inferencial, para determinar se entre as frequências esperada e observada há diferenças significativas por meio do teste Qui-quadrado, para os CID-10 analisados.

Realizou-se análise semelhante para verificar se as frequências por faixa etária dos servidores acometidos por transtornos mentais são significativas. Bem assim, fez-

se uma avaliação por cargos, para identificar a maior incidência de transtornos mentais.

3.2.2 Abordagem qualitativa

No que respeita à verificação das medidas e/ou ações de prevenção em saúde mental adotadas pela FSCMPA e a proposta de elaboração do guia preventivo em saúde mental, a abordagem de coleta de dados utilizada foi a qualitativa. De acordo com Creswell e Creswell (2021), a investigação na pesquisa qualitativa se diferencia da apresentada na quantitativa, ainda que semelhantes os processos.

Pois os métodos qualitativos possuem características singulares quanto aos dados, em texto e imagem, cuja análise parte de diferentes abordagens.

Na investigação, a coleta de dados foi processada por meio de documentos e entrevistas.

Para a interpretação dos dados qualitativos a técnica aplicada foi da análise de conteúdo temática.

3.3 Técnicas de pesquisa

As técnicas de pesquisas podem ser divididas em documentação indireta e documentação direta (MARCONI; LAKATOS, 2019; MEIRELES, 2019). A primeira, documentação indireta refere-se à pesquisa bibliográfica e documental. É a primeira etapa da pesquisa. Já a segunda, documentação direta, envolve a observação da realidade, questionários, entrevistas, história de vida, entre outros.

3.3.1 Documentação indireta

Quanto às técnicas de documentação indireta, realizou-se: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, levantamento de dados secundários.

3.3.1.1 Pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica se baseia no conhecimento que já se encontra à disposição, por meios de livros e similares (HENRIQUES; MEDEIROS, 2017). Desse modo, o levantamento bibliográfico ocorreu mediante consulta a livros, a trabalhos acadêmicos, a revistas científicas, a banco de dados de publicações de artigos

científicos disponíveis on-line, a endereços eletrônicos de organizações, nacionais e internacionais, dentre outros.

Os principais bancos de dados visitados foram: Scientific Electronic Library Online (SciELO) - Biblioteca Científica Eletrônica On-line e Biblioteca Virtual em Saúde (Ministério da Saúde).

Outrossim, buscou-se informações nos sites do Ministério da Saúde/Brasil (MS); da Fiocruz; da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS); da Organização Mundial de Saúde (OMS) etc.

3.3.1.2 Pesquisa documental

Guarda semelhança com a pesquisa bibliográfica (HENRIQUES; MEDEIROS, 2017), porém sua fonte são documentos como, por exemplo, cartas, bilhetes, relatórios, arquivos públicos e privados, atas etc. Portanto, na pesquisa documental, procedeu-se a coleta de dados constantes em:

- Leis: CRFB/88, leis federais e leis estaduais;
- Decretos,
- Portarias;
- Política interna de gestão de pessoas da FSCMP;
- Relatórios de Gestão da FSCMP (2018, 2019, 2020 e 2021);
- Procedimento Operacional Padrão de Acolhimento;

3.3.1.3 Levantamento de dados

As fontes de dados quantitativos são de duas naturezas, primária e secundária (LOUREIRO, 2018). O levantamento de dados, na primeira, é processado pelo próprio pesquisador, por meio da aplicação de entrevistas, formulários, questionários, testes etc.

Para o segundo, o pesquisador parte de um banco de dados preliminarmente tratado, quer por pesquisador quer por instituições.

A CSAT/FSCMP é a unidade responsável por receber os atestados e laudos médicos apresentados pelos servidores, com elaboração e guarda de banco de dados atualizados diariamente.

Sendo assim, fez-se necessário o acesso a esse banco de dados da CSAT, referente aos atestados e laudos médicos apresentados no período de 2018 a 2021, com diagnóstico CID-10 F, ou seja, de transtornos mentais.

O acesso foi operacionalizado com a inclusão do projeto de pesquisa na Plataforma Brasil e assinatura do devido Termo de Compromisso para Utilização de Manuseio de Dados (Apêndice B) pela pesquisadora e sua orientadora.

3.3.2 Documentação direta

Referente à documentação direta, utilizou-se a técnica da entrevista com os servidores lotados que atuam na CSAT e na GESP. A escolha desses setores foi feita com base nas atribuições e competências que eles possuem na FSCMP, conforme a estrutura organizacional (organograma), e que será analisado em tópico próprio.

A entrevista teve por fim levantar informações sobre as medidas preventivas adotadas, no âmbito da FSCMP, em prol da saúde mental dos servidores públicos; os meios institucionais de debate do tema e os instrumentos de divulgação existentes; e a opinião dos participantes sobre a proposta de elaboração de o guia/cartilha preventiva, a ser disponibilizada aos servidores.

Para a realização das entrevistas, o projeto foi, devidamente, cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo CEP/FSCMP, com o cumprimento das questões éticas que permeiam a pesquisa, descritas a seguir.

O roteiro de entrevista semiestruturado (Apêndice C) foi elaborado com antecedência, encontrando-se dividido em duas partes: 1. Abertura da entrevista - identificação do entrevistado, dados sobre a entrevista, interesses da pesquisa, dados dos pesquisadores; 2. Perguntas da entrevista.

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FSCMP (CEP), realizou-se entrevistas semiestruturadas de 20 servidores (lotados na CSAT e GESP), de forma presencial e individual, com duração média de quarenta minutos. Cada participante foi informado sobre as propostas do estudo, os objetivos, as justificativas, os riscos, os benefícios e as questões éticas, onde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), assegurando o direito de sigilo.

As entrevistas ocorreram no período de março a maio de 2022. Considerando que o período inicial estipulado era março a abril de 2022, e que os servidores lotados na GESP se encontravam voltados à realização do redimensionamento da FSCMP.

Sendo assim, houve a necessidade de prorrogar o período para a realização das entrevistas.

3.4 Local e população

Portanto, a pesquisa foi desenvolvida na FSCMP, que é uma fundação pública pertencente à Administração Indireta do Governo do Estado do Pará, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde Pública.

Ressalte-se que, é um hospital que presta assistência à saúde segundo as diretrizes do SUS, e, dentre suas finalidades, estão, além da assistência à saúde, o ensino, a pesquisa e a extensão, com atendimentos voltados à Atenção à Saúde da Criança, Atenção à Saúde da Mulher e Atenção à Saúde do Adulto, com referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido.

Os sujeitos da pesquisa foram os servidores públicos e a própria FSCMP. No caso dos servidores, a investigação objetivou identificar os transtornos mentais que atingiram essa população de profissionais da área hospitalar, no período de 2018/2021, com o fim de comparar os dois anos anteriores com os dois anos de pandemia.

Quanto à FSCMP, o estudo se voltou às medidas e ações preventivas em saúde mental dos servidores públicos. A organização vem desenvolvendo suas competências por meio de planejamento estratégico, com base em objetivos, metas e resultados. Que diretrizes a organização se propôs em prol da saúde mental de seus colaboradores, inclusive, com o advento da pandemia

A finalidade é identificar os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da área hospitalar, a partir da análise das questões que envolvem o processo saúde-doença desses profissionais da saúde.

Esta questão surgiu das experiências vivenciadas pela pesquisadora na Coordenação da Comissão Permanente de Processo Administrativo Disciplinar e Sindicância (CPAD) da FSCMP, com constituição no final de 2015.

O início das atividades da CPAD ocorreu em janeiro de 2016. Dentre os processos recebidos, uma parte considerável dizia respeito a casos de absenteísmo ao trabalho, configurando-se, em tese, casos de abandono de cargo e/ou inassiduidade habitual.

Alguns desses processos disciplinares sobre absenteísmo envolviam servidores com histórico de distúrbio mental e/ou problemas com álcool e drogas, anterior ou concomitante à instauração do processo. Essas situações exigiam a instauração de incidente de sanidade mental, a fim de submeter aqueles servidores a exame médico por junta médica oficial do estado do Pará.

Essas demandas, certamente, geraram uma inquietação sobre os problemas enfrentados por esses profissionais, ou seja, que transtornos mentais têm acometido esses servidores, e o que tem sido feito em termos preventivos.

Acerca dos aspectos éticos da pesquisa, estes estão descritos no item a seguir.

3.5 Questões éticas

Como a pesquisa envolveu seres humanos e informações a eles inerentes, fez-se necessário a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (CEP/FSCMP), para a devida autorização da pesquisa, conforme as Resoluções nº 196/1996, 466/2012 e 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A Resolução CNS n. 196/1996 (CNS, 1996, II.2) define a pesquisa envolvendo seres humanos aquela que “[...] individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais”. Deste modo, a pesquisadora realizou a submissão do projeto, por meio da Plataforma Brasil, no dia 10/10/2021, mediante cadastro e preenchimento dos requisitos, tudo em conformidade com as exigências do CEP/FSCMP.

A aprovação do projeto ocorreu, em 11.02.2022, mediante Parecer Consubstanciado do CEP/FSCMP nº 5.238.434.

Em 10.04.2021, protocolou-se pedido de emenda para incluir o ano de 2021 na coleta de dados quantitativa. Com aprovação pelo CEP/FSCMP, em 02.05.2022, mediante Parecer Consubstanciado nº 5.381.321.

Portanto, operacionalizou-se todos os procedimentos éticos, para os fins de validade da pesquisa.

3.5.1 Aspectos críticos de riscos e benefícios da pesquisa

A graduação dos riscos que a pesquisa possa ocasionar aos participantes deve ser realizada com base nos procedimentos metodológicos a serem aplicados e nos potenciais danos maiores que pode ocasionar (CNS, 2016, art. 18). Deste modo, os riscos previstos podem ser considerados de caráter mínimo (CNS, 2016, art. 21). Ou seja, existe a possibilidade de exposição de dados e perda da confidencialidade e privacidade.

Para minimizar tais riscos e garantir a proteção dos participantes, inclusive, da FSCMPA, o acesso aos dados limitar-se-á ao pesquisador responsável, evitando-se, assim, possíveis exposições. E, os registros das informações foram codificados, a fim de impossibilitar a identificação dos pesquisados.

Ainda sobre os riscos, vislumbrou-se a possibilidade de a pesquisa gerar alguma espécie de desconforto e/ou constrangimento ao participante, em vista de alguma pergunta; ou seu aborrecimento por conta da entrevista.

A minimização dos riscos se fez pela liberdade do entrevistado de escolher se deseja responder ou não determinada pergunta que lhe cause desconforto e/ou constrangimento, bem como, pela possibilidade, a qualquer momento, de desistir de sua participação na pesquisa.

Essas questões foram evidenciadas no “Termo de consentimento livre e esclarecido” (Apêndice A), com as explicações do que se trata a pesquisa e a faculdade do participante em fazer parte ou não do estudo; e no “Termo de compromisso para utilização de manuseio de dados” (Apêndice B).

A realização da pesquisa contribuirá para a identificação das questões que envolvem os problemas em saúde mental enfrentados pelos servidores da FSCMPA, inclusive os aspectos relacionados à prevenção, questão tão importante face ao aumento do número de casos de doença mental, nas últimas décadas, e o momento atual que a humanidade está vivenciando, ante a pandemia pelo novo coronavírus.

Por fim, e no caso de inviabilidade da pesquisa, por conta da insuficiência de dados e/ou não adesão pelos participantes, o CEP/FSCMPA deverá ser imediatamente comunicado, para as devidas providências quanto ao seu encerramento.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste tópico são apresentados os resultados e discussões acerca das questões que envolvem o processo saúde-doença mental dos profissionais da saúde em atuação na FSCMP.

Pela ordem, são dispostos a constituição, a competência e a estrutura organizacional da Fundação; o perfil epidemiológico sobre os transtornos mentais que acometem os servidores públicos; as ações preventivas em saúde mental identificadas; e o guia de prevenção em saúde mental.

4.1 Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

A história da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará é descrita no livro “A Misericórdia Paraense: Ontem e Hoje”, publicado em 2000, e de autoria do médico, Dr. Alípio Augusto Barbosa Bordalo, que atuou na Fundação desde o período da Associação Civil Santa Casa de Misericórdia do Pará (SCMP).

A origem das Santas Casas de Misericórdia (SCM) remonta ao século XIII, na Itália (BORDALO, 2000). Eram instituições religiosas que tinham por objetivo o exercício da piedade e caridade. E o império português exportou o modelo para as suas colônias na América do Sul, África e Ásia, nos séculos XV e XVI.

Conforme Bordalo (2000), a SCM mais antiga do Brasil é a de Santos, criada pelo colonizador Braz Cubas, em 1584. No Pará, apesar das controvérsias sobre o ano específico e quem fundou a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Pará (SCMP), o autor esclarece, com aporte no historiógrafo paraense Arthur Vianna (1902), que a criação ocorreu em fevereiro de 1650.

Nos anos de 1980, a SCMP enfrentou uma crise administrativa, acumulando débitos (BORDALO, 2000). Por conta disso, passou por intervenção promovida pelo Tribunal Regional do Trabalho, a terceira experimentada pela Associação, desde os anos de 1890.

Nessa esteira, o Governo do Estado da época, Hélio Mota Gueiros, autorizou a constituição da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, mediante a Lei Complementar nº 003, de 26 de abril de 1990 (PARÁ, 1990, p. 1). Assim dispõe o artigo 1º do referido diploma:

Art. 1º - Fica o Poder Executivo autorizado a instituir uma Fundação, com o nome de FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ, de caráter filantrópico, com sede em Belém, Capital do Estado do Pará, vinculada à Secretaria de Estado de Saúde Pública, mediante incorporação

do patrimônio da extinta Associação Civil Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Em 1994, tivemos a revogação da LC nº 003/1990, com a edição da Lei Complementar nº 026, de 6 de outubro de 1994. Por meio desta última, foram impetradas mudanças na composição organizacional da FSCM, com disposição de organograma e definição da natureza jurídica do vínculo entre a Fundação e seu quadro de pessoal, restando disciplinado que este seria composto por cargos em comissão e efetivo.

Ademais, o novo diploma regulamentou a situação dos servidores que já se encontravam “[...] em exercício na data da promulgação da Constituição Federal, há pelo menos 05 (cinco) anos continuados”, que passaram a compor o quadro de servidores efetivos do estado do Pará (PARÁ, 1994, p. 3).

Com a finalidade de reestruturar a organização da FSCMP, editou-se a Lei Complementar nº 052, de 30 de janeiro de 2006, com a revogação das disposições em contrário, em especial, as da Lei Complementar nº 26, de 6 de outubro de 1994, estabelecendo-se, dentre outros, a natureza jurídica e finalidade da Fundação, constante do CAPÍTULO I, Art. 1º (PARÁ, 2006, p. 1, grifo nosso), veja-se:

Art. 1º A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMP, fundação instituída pela Lei Complementar nº 003, de 26 de abril de 1990, com personalidade jurídica de direito público, sem fins lucrativos, com sede em Belém, Capital do Estado do Pará, vinculada à Secretaria Especial de Estado de Proteção Social, com autonomia técnica, administrativa e financeira, **tem por finalidade institucional assegurar a execução de ações e serviços essenciais, e de ensino para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.**

No CAPÍTULO II, Art. 2º, da LC nº 52/2006 encontram-se dispostas as funções básicas da FSCMP (PARÁ, 2006, p. 1), por isso se transcreve:

Art. 2º São funções básicas da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMP:

I - prestar serviços de saúde especialmente na área hospitalar e ambulatorial;
II - oferecer condições para a garantia do ensino e da pesquisa na área de saúde;

III - zelar pela promoção e recuperação da saúde, reabilitação do doente e pelo bem-estar da comunidade;

IV - cooperar com o Sistema Estadual de Saúde na melhoria do padrão e na adoção de medidas que visem à proteção e à recuperação dos padrões de saúde;

V - manter com a comunidade os vínculos de reciprocidade e integração psicossocial;

VI - preservar a memória histórica e os valores culturais da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará.

Portanto, as principais competências da FSCMP são os serviços de saúde (hospitalar e ambulatorial) e o ensino e a pesquisa, voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

É uma instituição pública, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e com âmbito no Estado do Pará (FSCMP, 2022), prestando serviço de saúde aos 144 municípios do Estado, como será mais bem detalhado no item a seguir.

4.1.1 Áreas de atuação e estrutura organizacional da FSCMP

Como dito antes, o âmbito de atuação da FSCMP é o Estado do Pará, nas áreas de assistência à saúde e de ensino, pesquisa e extensão, com cobertura dos 144 municípios do estado. Em relação à primeira área, os serviços prestados correspondem às especialidades de tocoginecologia; pediatria; neonatologia; clínica médica; clínica cirúrgica; nefropediatria; e consultas ambulatoriais.

Quanto a última, qual seja, ensino, pesquisa e extensão, a fundação é um hospital de ensino, integrada com os programas de residência médica e multiprofissional, a nível de pós-graduação em *lato sensu*, e com o programa de mestrado, a nível de pós-graduação em *strictu sensu*, composto por duas linhas de pesquisa (FSCMP, 2020). As áreas de atuação estão expressas no Quadro 4.

A estrutura organizacional da FSCMP está dividida em: Presidência - com apoio das Assessorias; Diretoria Técnica Assistencial, Diretoria de Apoio Técnico e Operacional, Diretoria Administrativa e Financeira, Diretoria de Ensino e Pesquisa e Diretoria de Planejamento, Orçamento e Gestão. Todas as Diretorias contam com apoio de assessor técnico, gerências e coordenações de áreas (FSCMP, 2022).

A Diretoria Administrativa e Financeira (DIAF) é a de interesse deste trabalho, pois é a responsável pela parte administrativa da FSCMP, como o seu nome já sugere, englobando a Gerência de Gestão de Pessoas (GESP) e suas coordenações, entre elas, a Coordenação de Saúde do Trabalhador (CSAT). As últimas serão discutidas no decorrer dos próximos itens.

Outrossim, tem-se como importante abordar neste trabalho a capacidade de leitos, o que se faz no próximo item.

Quadro 4 – Áreas de atuação da FSCMP

ÁREA DE ATUAÇÃO	
ASSISTÊNCIA À SAÚDE	ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO
<ul style="list-style-type: none"> ● Tocoginecologia ● Pediatria ● Neonatologia ● Clínica Médica ● Clínica Cirúrgica ● Nefropediatria ● Ambulatório (Mulher, Pediatria, Cirurgia, Especialidade) 	Pós-graduação <i>lato sensu</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ● 13 Programas de Residência Médica Anestesiologia Área básica cirúrgica Cirurgia geral Cirurgia Pediátrica Ginecologia e obstetrícia Hepatologia Medicina intensiva pediátrica Nefrologia pediátrica Neonatologia Pediatria Radiologia e diagnóstico por imagem ● Programa de Residência Multiprofissional: Enfermagem Nutrição Psicologia Assistente Social Fisioterapeuta Farmacêutico
	Pós-graduação <i>strictu sensu</i>
	<ul style="list-style-type: none"> ● Mestrado Multiprofissional em Gestão e Saúde na Amazônia (14 vagas) Linhas de pesquisa: 1) Saúde-adoecimento e seus agravos; 2) Gestão, Planejamento e Saúde.

Fonte: Relatório de Gestão 2018 (FSCMP, 2019)

4.1.2 Capacidade de leitos

Outro assunto muito importante e cobrado pela sociedade é a capacidade de oferta de leitos que as unidades de saúde detêm. É de conhecimento público que a demanda é maior que os serviços ofertados e, realmente, prestados.

Em 2018, a FSCMP tinha 486 leitos disponíveis, entre leitos neonatais, UTI, clínica geral cirúrgica e clínica médica, obstétricos e pediátricos (FSCMP, 2019). Conforme os Relatórios de Gestão, 443 desses leitos já se encontravam habilitados pelo SUS, em 2018, passando para 482 leitos habilitados, em 2019 (FSCMP, 2020). Ou seja, a Fundação obteve a habilitação de 39 dos 43 leitos pendentes de contratualização junto ao SUS, o que significa dizer um aumento na transferência de recursos financeiros (Ver Quadro 5).

Quadro 5 – Capacidade de leitos da FSCMP

2018			2019		
DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS SUS	DESCRIÇÃO	LEITOS EXISTENTES	LEITOS HABILITADOS
LEITOS COMPLEMENTARES			LEITOS COMPLEMENTARES		
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS CANGURU	20	16	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS CANGURU	20	16
UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS CONVENCIONAL	67	67	UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS CONVENCIONAL	67	67
UNIDADE DE ISOLAMENTO	06	04	UNIDADE DE ISOLAMENTO	06	06
UTI ADULTO TIPO II	20	10	UTI ADULTO TIPO II	20	20
UTI NENOATAL TIPO II	62	62	UTI NENOATAL TIPO II	62	62
UTI PEDIÁTRICA TIPO II	20	10	UTI PEDIÁTRICA TIPO II	20	20
LEITOS DE ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS			LEITOS DE ESPECIALIDADES ADULTO		
CIRURGIA GERAL	22	22	CIRÚRGICOS	40	40
GINECOLOGIA	18	18			
LEITOS DE ESPECIALIDADES CLÍNICAS			CLÍNICOS	51	51
AIDS	04	04			
CARDIOLOGIA	09	09			
CLÍNICA GERAL	30	30			
DERMATOLOGIA	02	02			
NEFROLOGIA	03	03			
HOSPITAL DIA					
CIRÚRGICO/DIAGNÓSTICO/TERAPÊUTICO	03	03			
LEITOS OBSTÉTRICOS			LEITOS OBSTÉTRICOS		
OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	66	66	OBSTETRÍCIA CIRÚRGICA	66	66
OBSTETRÍCIA CLÍNICA	78	78	OBSTETRÍCIA CLÍNICA	78	78
LEITOS PEDIÁTRICOS			LEITOS PEDIÁTRICOS		
PEDIATRIA CIRÚRGICA	28	11	PEDIATRIA CIRÚRGICA	28	28
PEDIATRIA CLÍNICA	28	28	PEDIATRIA CLÍNICA	28	28
TOTAL	486	443	TOTAL	486	482

Fonte: Relatório de Gestão 2018 e 2019 (FSCMP, 2019, 2020)

Essa capacidade subiu para 513 leitos instalados, em 2020, com 483 em operação, entre a Unidade Almir Gabriel (UAG) e o Hospital Centenário (HC) (FSCMP, 2021). Mas, com o advento da pandemia pelo novo coronavírus (covid-19), e a

necessidade de enfrentamento da doença, a oferta de leitos da Fundação sofreu um redimensionamento e alguns serviços foram suspensos (ver Quadros 6 e 7).

Quadro 6 - Readequação de leitos de enfermarias para o enfrentamento da pandemia de covid-19 na Unidade Almir Gabriel e Hospital Centenário

Enfermaria	Destinação	Nº de leitos
Enfermaria Menino Jesus (UAG 7º andar)	Pediatria (Covid-19)	15
Santa Ludovina (UAG 6º andar)	Obstetrícia (patologia não Covid-19) Pediatria (clínica e cirúrgica não Covid-19)	28
São Francisco (UAG 6º andar)	Pediatria (clínica e cirúrgica não covid-19)	19
Sant'ana (UAG 5º andar)	Obstetrícia (puerpério não Covid-19)	31
Santa Terezinha (UAG 5º andar)	Obstetrícia (puerpério não Covid-19)	31
Santa Marta (UAG 4º andar)	Obstetrícia (patologia Covid-19)	15
Santa Rita (UAG 4º andar)	Obstetrícia (puerpério Covid-19)	31
Santa Clara (UAG Térreo)	Obstetrícia (puerpério Covid-19)	10
São Roque (Centenário)	Obstetrícia (puerpério não Covid-19)	24
São Paulo (Centenário)	Obstetrícia (puerpério não Covid-19)	21
Santa Maria (Centenário)	Clínica Médica pós- UTI/intercorrências (Covid-19)	20
Total de leitos enfermarias Covid -19		91
Total de leitos enfermarias não Covid-19		154

Fonte: DPOG/FSCMP (2021)

Quadro 7 - Readequação de leitos de UTI para o enfrentamento da pandemia de covid -19 na Unidade Almir Gabriel e Hospital Centenário

UTI	Destinação	Nº de leitos
Unidade Almir Gabriel (UAG) 7º Andar	Adulto (Covid-19)	10
UAG 7º Andar	Neononatologia (Covid-19)	20
UAG 6º Andar (São Francisco)	Pediatria (não Covid-19)	9
UAG 4º Andar (Santa Marta)	Adulto (Covid-19)	10
UAG 1º Andar (adulto)	Adulto (Covid-19)	10
UAG 1º Andar (adulto) – RPA/CO	Adulto (não Covid-19)	5
Centenário	Adulto (Covid-19)	10
Centenário	Pediatria (Covid-19)	10
Total UTI covid-19		74
Total UTI não covid-19		14

Fonte: DPOG/FSCMP (2021)

Em 2021, a FSCMP atuou com 513 leitos instalados, dos quais 486 estavam em operação (FSCMP, 2022). Desses leitos, 70 foram habilitados como leitos específicos para pacientes com covid-19, a nível de UTI.

A descrição pormenorizada dos serviços e capacidade de leito se fez importante para a caracterização do local da pesquisa. Que passou por uma readequação dos leitos, a partir de 2020, para prestar atendimento aos pacientes que contraíram covid-19.

Trata-se de um complexo hospitalar composto pela UAG e HC, com assistência em saúde em diversas especialidades. Passa-se ao quadro de servidores.

4.1.3 Quadro de servidores públicos

Sobre o quadro de servidores da FSCMP, a LC nº 052/2006 (PARÁ, 2006) dispõe que este será composto por cargos de provimento efetivo e em comissão, elencados nos Anexos I e III do referido diploma.

Já a relação jurídica entre a Fundação e seus servidores se encontra disciplinada na Lei nº 5.810/1994, Regime Jurídico Único dos Servidores Civis do Estado do Pará. E, os cargos efetivos serão providos por meio de concurso público.

A FSCMP contava com um total de 2.614, em 2018, entre efetivos, temporários, estatutários e outros. Em 2019, esse número subiu para 2.756 servidores (FSCMP, 2019, 2020), mesmo sem a realização de concursos públicos, posto que o último ocorreu em 2007. Observou-se que o aumento do quadro é um resultado do número de servidores cedidos por outras entidades e secretarias à FSCMP (ver Quadro 8).

Quadro 8 – Situação funcional/FSCMP

Situação funcional	2018	2019
Concursados	1.612	1.585
Temporários	587	582
Estatutários	166	164
Cedidos	-----	301
Outros	249	46
Total	2.614	2.756

Fonte: Relatório de Gestão 2018 e 2019 (FSCMP, 2019, 2020).

Em 2020, foram contratados mais 304 profissionais, em caráter de urgência, para os fins de enfrentamento da covid-19 (FSCMP, 2021), totalizando 2.823 servidores. Esse total subiu para 2.945, em 2021.

Portanto, a FSCMP possui, aproximadamente, 3.000 servidores em atuação. E a gestão desses servidores é de competência da DIAF, por meio da GESP, como se vê a seguir.

4.1.4 Gerência de Gestão de Pessoas

A GESP, unidade organizacional vinculada à Diretoria Administrativa e Financeira (DIAF) da FSCMP e responsável pelas diretrizes e estratégias relacionadas aos servidores da Fundação, desenvolve suas ações a partir de sua equipe técnica e de três coordenações (FSCMP, 2017): Coordenação de Administração de Pessoas (CAPE); Coordenação de Desenvolvimento de Pessoas (CEDP); e Coordenação de Saúde do Trabalhador (CSAT).

Cada coordenação é responsável pelo desenvolvimento de um macroprocesso (FSCMP, 2017). Ademais, as unidades estão dispostas em conformidade com o novo organograma.

Dessa forma, faz-se importante trazer para o debate o macroprocesso em saúde do trabalhador, que é de responsabilidade da CSAT, como adiante exposto.

4.1.5 Coordenação de Saúde do Trabalhador

A coordenação de interesse do presente estudo cuida ser a CSAT, unidade responsável pelo macroprocesso “Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho”, conforme o Quadro 9.

Quadro 9 - Macroprocesso da CSAT/FSCMP

SAÚDE, SEGURANÇA E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO	
PROCESSOS	
Acolhimento Equipe Multiprofissional	
Saúde Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> ● Ingresso ● Acompanhamento ● Desligamento
Análise do Perfil Epidemiológico do Servidor	
Programas de Saúde, Segurança e Qualidade de Vida no Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> ● Admissionais e Demissionais ● Periódicos ● Vacinas ● PCMSO ● PPRA ● PAEC ● LTCAT
Programas específicos	<ul style="list-style-type: none"> ● PROHAD ● PROASG
Outros de acordo com o perfil epidemiológico	

Fonte: FSCMP (2017)

Deste modo, os próximos itens são dedicados à apresentação da análise dos dados e os resultados da pesquisa.

4.2 Perfil epidemiológico

Essa parte da pesquisa diz respeito ao perfil epidemiológico dos transtornos mentais que incidem sobre os servidores públicos da FSCMP. Desta maneira, são mostrados as tabelas e os gráficos da parte descritiva referente ao período selecionado, 2018-2021, seguidos das tabelas e gráficos comparativos do período sem a pandemia de covid-19 (2018-2019) e com a pandemia de covid-19 (2020-2021).

Assim, as tabelas e os gráficos descrevem a evolução dos dados bem como realizam as comparações visuais de como eles se comportam de acordo com os objetivos do estudo.

Na Tabela 1, tem-se a descrição dos transtornos mentais que incidiram sobre os servidores públicos da FSCMP, com maior frequência, nos anos de 2018 a 2021. Percebe-se que a ansiedade, a depressão e o stress e transtornos de adaptação estão entre os três transtornos mentais de maior incidência e frequência na população

investigada, sendo que a ansiedade representou o maior número de casos no período avaliado.

Tabela 1 - Perfil epidemiológico por descrição abreviada da doença por CID10 F com maior frequência e por ano.

Descrição	2018	2019	2020	2021	Total
Transtornos de ansiedade	24	30	66	45	165
Depressão	42	41	35	33	151
Stress e transtornos de adaptação	44	65	2	19	130
Transtornos de bipolaridade	0	6	7	7	20
Transtornos mentais (Uso de múltiplas drogas)	5	1	0	0	6
Transtornos mentais (Uso de álcool)	2	0	0	3	5
Transtornos da identidade sexual	0	0	0	4	4
Transtornos misto do desenvolvimento	0	2	0	0	2
Transtornos de sono (Fatores emocionais)	1	1	0	0	2
Transtornos de personalidade	2	0	0	0	2
Transtornos de conversão	1	0	0	0	1
Transtornos mentais (Uso de cocaína)	0	0	1	0	1
Transtornos globais do desenvolvimento	0	1	0	0	1
Transtornos mentais (Uso de solventes voláteis)	0	0	1	0	1
Transtorno obsessivo-compulsivo	0	0	1	0	1
Total	121	147	113	111	492

Fonte: CSAT/FSCMP

A Tabela 2 e o Gráfico 1 representam o comparativo da incidência descrita na Tabela 1, entre os períodos 2018/2019 (sem pandemia) e 2020/2021 (com pandemia). Observa-se que, na pandemia, houve o aumento do número de casos de: transtornos de ansiedade, transtornos de bipolaridade, transtornos mentais (Uso de álcool), transtornos da identidade sexual, transtornos mentais (Uso de cocaína), transtornos mentais (Uso de solventes voláteis), transtorno obsessivo-compulsivo.

Por outro lado, há evidências de redução dos casos de depressão e de stress e transtornos de adaptação, no período da pandemia.

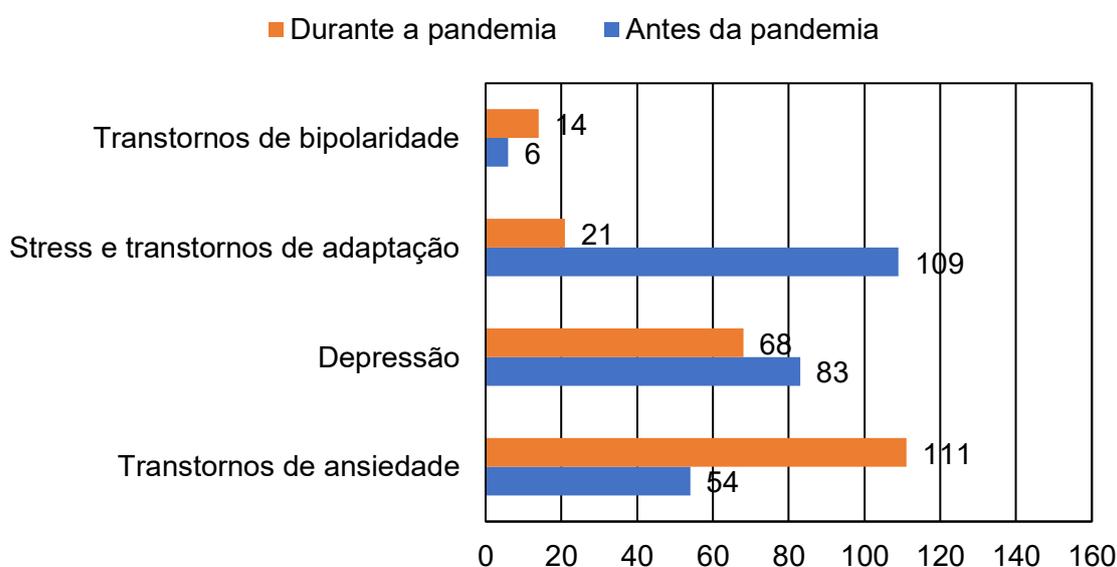
Destaca-se: Transtornos de ansiedade (Antes-54 e durante a pandemia de Covid-19-111) aumento de 51,35%, Transtornos de bipolaridade (Antes-6 e durante a pandemia de Covid-19) aumento de 33,33%, depressão (Antes-83 e durante a pandemia de Covid-19-68) redução de 22,06%, já stress e transtorno de adaptação (Antes-109 e durante a pandemia-21) redução de 419,05%.

Tabela 2 - Perfil epidemiológico comparativo por descrição abreviada da doença por CID10 F com maior frequência no período antes da pandemia e com a pandemia

Descrição	Sem Pandemia	Com Pandemia	Total
Transtornos de ansiedade	54	111	165
Depressão	83	68	151
Stress e transtornos de adaptação	109	21	130
Transtornos de bipolaridade	6	14	20
Transtornos mentais (Uso de múltiplas drogas)	6	0	6
Transtornos mentais (Uso de álcool)	2	3	5
Transtornos da identidade sexual	0	4	4
Transtornos misto do desenvolvimento	2	0	2
Transtornos de sono (Fatores emocionais)	2	0	2
Transtornos de personalidade	2	0	2
Transtornos de conversão	1	0	1
Transtornos mentais (Uso de cocaína)	0	1	1
Transtornos globais do desenvolvimento	1	0	1
Transtornos mentais (Uso de solventes voláteis)	0	1	1
Transtorno obsessivo-compulsivo	0	1	1
Total	268	224	492

Fonte: CSAT/FSCMP

Gráfico 1 - Perfil epidemiológico comparativo por descrição abreviada da doença por CID10 F com maior frequência no período antes da pandemia e com a pandemia.



Fonte: Autora (2022)

A Tabela 3 permite visualizar a incidência dos transtornos mentais sobre os servidores públicos, por meio da faixa etária. Observa-se que as faixas etárias mais atingidas estão compreendidas entre 37 e 60 anos, referente ao total de casos identificados no período selecionado.

Tabela 3 - Perfil epidemiológico por idade para adoecimento considerando o CID10 F

Faixa etária	2018	2019	2020	2021	Total
29 ----- 37	17	8	8	10	43
37 ----- 45	60	60	35	38	193
45 ----- 53	25	45	40	47	157
53 ----- 61	14	24	18	10	66
61 ----- 69	5	10	10	6	31
69 ----- 77			2		2
Total	121	147	113	111	492

Fonte: CSAT/FSCMP

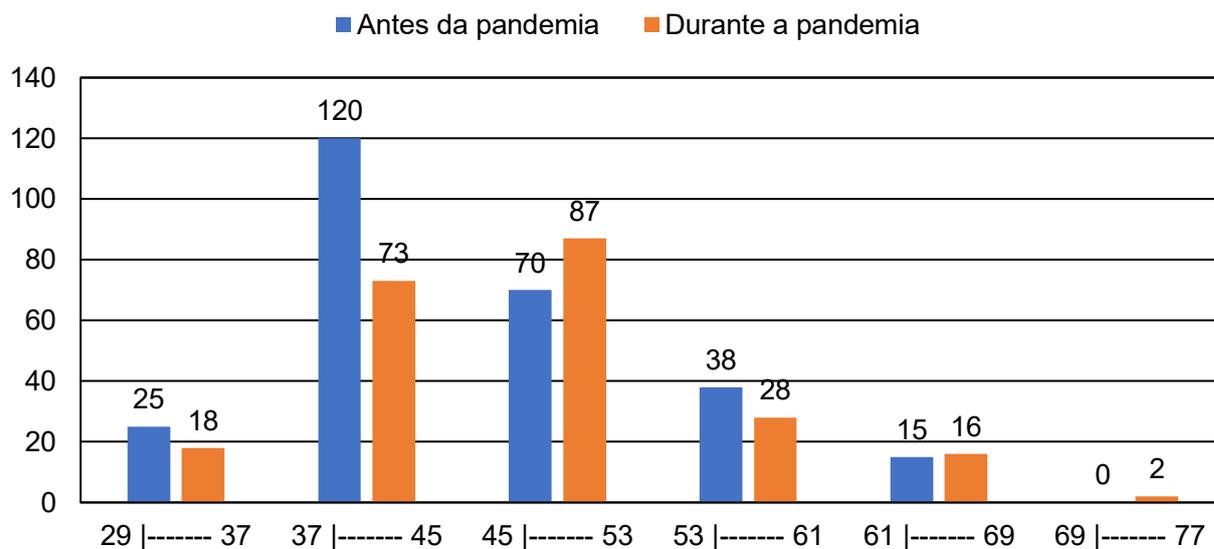
A Tabela 4 e o Gráfico 2 permitem comparar o perfil de adoecimento por idade, antes e durante a pandemia. No comparativo, as faixas etárias mais frequentes relacionadas a estes CID10 (Letra F) são as idades de 37 até 60 anos, onde identificamos a maior frequência de servidores, ou seja, antes-228 e durante a pandemia de Covid-19-188 queda de 21,28%.

Tabela 4 - Perfil epidemiológico por idade para adoecimento considerando o CID10 F antes e durante a pandemia de covid-19

Faixa etária	Sem pandemia	Com pandemia	Total
29 ----- 37	25	18	43
37 ----- 45	120	73	193
45 ----- 53	70	87	157
53 ----- 61	38	28	66
61 ----- 69	15	16	31
69 ----- 77	0	2	2
Total	268	224	492

Fonte: CSAT/FSCMP

Gráfico 2: Perfil epidemiológico por idade para adoecimento considerando o CID10 F antes e durante a pandemia de covid-19



Fonte: Autora (2022)

A Tabela 5 permite visualizar a incidência de adoecimento mental sobre os servidores conforme o cargo ocupado. Da análise, verifica-se que os profissionais mais atingidos são: técnico de enfermagem, enfermeiro e o agente de artes práticas.

Acerca do serviço de assistência à saúde, os profissionais da enfermagem são descritos (FERREIRA; LUCCA, 2015) como os que, em regra, permanecem por mais tempo com o paciente, com convivência mais próxima e contínua. Submetem-se a longas jornadas de trabalho (DUARTE *et al.*, 2021), cuidam das excretas dos pacientes, lidar com a dor e a morte e, na pandemia, precisaram administrar o medo de contaminar seus entes queridos. Portanto, estão expostos a sobrecarga de trabalho e sujeitos a adoecimento físico e mental.

Tabela 5 - Perfil epidemiológico por cargo conforme adoecimento considerando o CID10 F por ano

Cargo	2018	2019	2020	2021	Total
Técnico de enfermagem	61	41	14	35	151
Enfermeiro	18	21	22	22	83
Ag. de artes práticas	0	35	16	21	72
Técnico de laboratório	31	1	1	1	34
Assistente administrativo	3	15	6	4	28
Médico	0	7	13	7	27
Farmacêutico	8	2	6	3	19
Terapeuta ocupacional	0	2	5	6	13
Assistente social	0	4	5	2	11
Fisioterapeuta	0	1	6	3	10
Tec. segurança do trabalho	0	1	5	1	7
Assistente de administração	0	2	2	1	5
Auxiliar técnico	0	0	3	1	4
Ag. de saúde	0	2	0	2	4
Assistente de informática	0	4	0	0	4
Pedagogo	0	0	3	0	3
Nutricionista	0	3	0	0	3
Psicólogo	0	1	0	1	2
Auxiliar operacional	0	0	2	0	2
Gerente	0	0	2	0	2
Motorista	0	1	0	0	1
Agente administrativo	0	0	0	1	1
Ag. de portaria	0	1	0	0	1
Biomédico	0	0	1	0	1
Técnico de radiologia	0	1	0	0	1
Fonoaudiólogo	0	0	1	0	1
Auxiliar de administração	0	1	0	0	1
Analista de sistemas	0	1	0	0	1
Total	121	147	113	111	492

Fonte: CSAT/FSCMP

A Tabela 6 e o Gráfico 3 retratam que, na pandemia de covid-19, as categorias mais afetadas foram: Enfermeiros, Agentes de Artes Práticas, Médicos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, Fisioterapeutas e Técnicos em Segurança do Trabalho.

Referente a essas categorias, verificou-se que antes da pandemia de Covid-19 tínhamos 89 servidores com características de CID10 (Letra F), e, durante a pandemia, 134 servidores foram acometidos por alguma dessas doenças (CID 10 F), isto representou um aumento de 50,56%.

Observou-se, ainda, que, das categorias apontadas com as mais afetadas, três delas sofreram mais que o dobro de número de casos, que são: os médicos, os terapeutas ocupacionais e os fisioterapeutas. O motivo desse aumento foi exaustivamente exposto nos noticiários das grandes Redes de Televisão Brasileira,

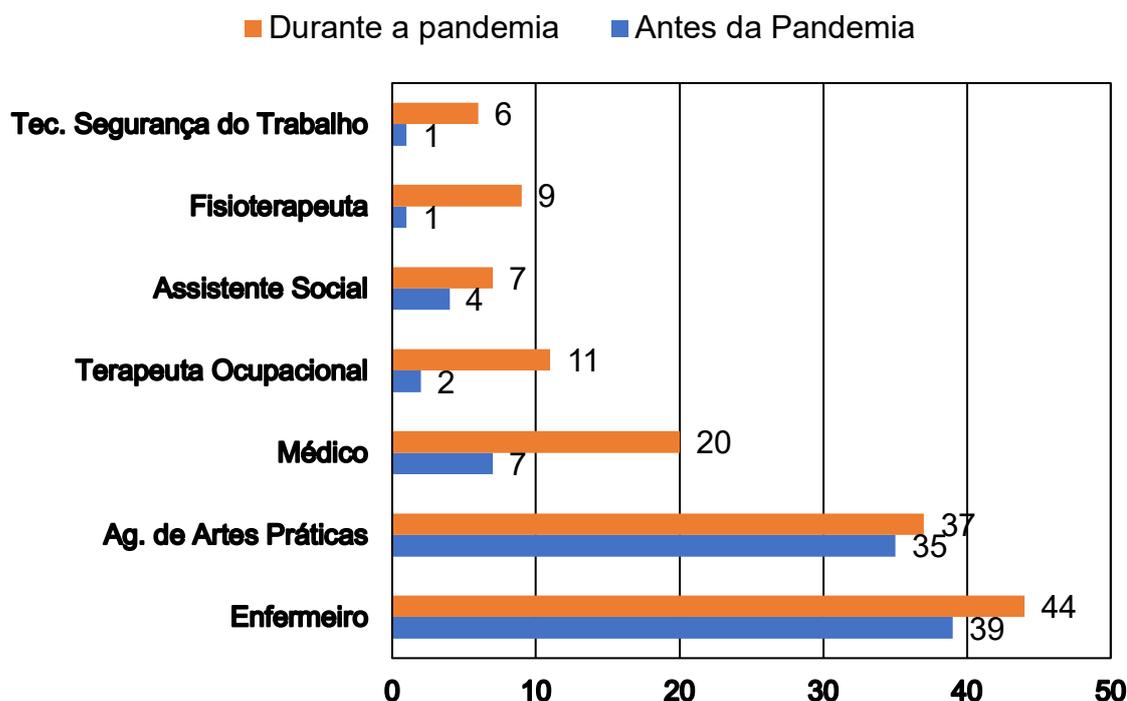
de como esses profissionais foram demandados no período pandêmico, em virtude das características do novo coronavírus e a rapidez da transmissão, o que ocasionou a superlotação dos hospitais de norte a sul do País.

Tabela 6 - Perfil epidemiológico comparativo por cargo conforme adoecimento considerando CID10 F no período antes da pandemia e com a pandemia

Cargo	Sem pandemia	Com pandemia	Total
Técnico de enfermagem	102	49	151
Enfermeiro	39	44	83
Ag. de artes práticas	35	37	72
Técnico de laboratório	32	2	34
Assistente administrativo	18	10	28
Médico	7	20	27
Farmacêutico	10	9	19
Terapeuta ocupacional	2	11	13
Assistente social	4	7	11
Fisioterapeuta	1	9	10
Tec. segurança do trabalho	1	6	7
Assistente de administração	2	3	5
Auxiliar técnico	0	4	4
Ag. de saúde	2	2	4
Assistente de informática	4	0	4
Pedagogo	0	3	3
Nutricionista	3	0	3
Psicólogo	1	1	2
Auxiliar operacional	0	2	2
Gerente	0	2	2
Motorista	1	0	1
Agente administrativo	0	1	1
Ag. de portaria	1	0	1
Biomédico	0	1	1
Técnico de radiologia	1	0	1
Fonoaudiólogo	0	1	1
Auxiliar de administração	1	0	1
Analista de sistemas	1	0	1
Total	268	224	492

Fonte: CSAT/FSCMP

Gráfico 3: Perfil epidemiológico por cargo para adoecimento, considerando o CID10 F, antes e durante a pandemia de covid-19



Fonte: Autora (2022)

Para realizar a análise inferencial, com comparação das frequências de adoecimento apresentados através da descrição abreviada dos CID10 (Letra F), utilizou-se o BIOESTAT 5.0 e aplicamos o teste t-Student, para amostras pareadas, ou seja, antes da pandemia de covid-19 e depois com a pandemia de covid-19.

Tabela 7 - Resultado da estatística descritiva aplicada aos dados da Tabela 2

Categorias	Sem pandemia	Com pandemia
Amostras	15	15
Média	14,9333	17,8667
Desvio padrão	31,9206	34,8340
Erro padrão	8,2419	8,9941

Fonte: CSAT/FSCMP

Com o teste t-student para dados pareados das amostras dos atestados apresentados conforme descrição das doenças relacionadas a transtornos mentais, podemos inferir que não houve diferença entre as médias desses atestados ($p > 0,05$ e $p > 0,01$), ou seja, p (Unilateral) = 0,3471 e p (Bilateral) = 0,6943 conforme Tabela 08.

Tabela 8 - Resultado da estatística do teste t-student pareado para os dados da Tabela 2.

Estatísticas	Resultados
H ₀ : A diferença entre as médias das quantidades de atestados apresentados antes da pandemia e com a pandemia é igual a zero.	H ₁ : A diferença entre as médias das quantidades de atestados apresentados antes da pandemia e com a pandemia é diferente de zero.
Desv. Padrão da Diferença	28,3132
Erro Padrão da Diferença	7,3104
Média das diferenças	-2,9333
(t)=	-0,4013
Graus de Liberdade	14
(p) unilateral =	0,3471
(p) bilateral =	0,6943

Fonte: CSAT/FSCMP

Portanto, os tipos de transtornos mentais apresentados pelos servidores, no período de 2018/2021, com base na Classificação CID 10, e nos atestados médicos e laudos apresentados na CSAT, foram: Transtornos de ansiedade, Depressão, Stress e transtornos de adaptação, Transtornos de bipolaridade, Transtornos mentais (Uso de múltiplas drogas), Transtornos mentais (uso de álcool), Transtornos da identidade sexual, Transtornos misto do desenvolvimento, Transtornos de sono (fatores emocionais), Transtornos de sono (fatores emocionais), Transtornos de personalidade, Transtornos de conversão, Transtornos mentais (uso de cocaína), Transtornos globais do desenvolvimento, Transtornos mentais (uso de solventes voláteis) e transtorno obsessivo-compulsivo.

4.3 Ações preventivas em saúde mental

Para o tratamento dos dados qualitativos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, na modalidade análise temática. Segundo Bardin (2011, p. 47), é uma técnica metodológica usada na análise de comunicações/discursos, mediante indicadores que possibilitem a compreensão do sentido das mensagens.

Desta feita, a operacionalização da análise seguiu em três etapas (BARDIN, 2011): pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados (inferências e a interpretação).

Portanto, os documentos foram organizados e ordenados. Neste momento, procedeu-se à transcrição de todas as entrevistas. Em seguida, passou-se à leitura e exploração do material de campo.

A partir da análise das 20 entrevistas foi possível a construção de três categorias, denominadas de “Estratégias preventivas em saúde mental do trabalhador da FSCMP”; “Limitações à ampla prestação dos serviços”; e “Educação em saúde mental”, ver Quadro 10.

Quadro 10 - Categorias de análise

Categoria: Estratégias preventivas em saúde mental do trabalhador da FSCMP	
Tema	Subtema
Escuta psicológica/acolhimento	
Terapias integrativas	a) Reiki b) Auriculoterapia c) Ginástica laboral
Rodas de conversa	
Categoria: Limitações à ampla prestação dos serviços	
Tema	Subtema
Condições de trabalho da equipe da CSAT	a) Suporte da organização; b) Ambiente físico; c) Falta de pessoal.
Baixa adesão dos servidores	
Preconceito e estigmas em saúde mental	
Categoria: Educação em saúde mental	
Temas	Subtemas
A importância de abordar o tema saúde mental	
Os instrumentos de divulgação existentes	
A validade do material informativo	

Fonte: Autora (2022)

A primeira categoria expressa as medidas/ações preventivas em saúde mental adotadas no âmbito da FSCMP. Verificou-se o desenvolvimento das seguintes ações: Acolhimento/escuta psicológica; práticas integrativas - com os subtemas ginástica laboral, auriculoterapia e o reiki; e rodas de conversas.

A segunda categoria envolve todas as questões limitantes à ampla prestação dos serviços descritos na categoria anterior. Nas falas dos participantes, observou as seguintes questões limitantes: Condições de trabalho da equipe da CSAT, com os subtemas falta de suporte da organização, ambiente físico de trabalho não acolhedor

e falta de pessoal; baixa adesão aos serviços; preconceito e estigmas em saúde mental; e descontinuidade das ações.

Por fim, a terceira categoria adentra a situação da educação em saúde mental no âmbito das organizações, no caso da FSCMP. Restou evidente que as campanhas/eventos sobre o “janeiro branco” e o “setembro amarelo” são as práticas de educação em saúde mental desenvolvidas pela Fundação.

A descrição de cada categoria e temas correlacionados será feita nos próximos itens.

4.3.1 Das estratégias preventivas em saúde mental do trabalhador da FSCMP

No que se refere às estratégias preventivas em saúde mental do trabalhador, os resultados demonstraram que a FSCMP realiza ações de escuta psicológica/acolhimento e práticas integrativas – reiki, ginástica laboral, auriculoterapia –, de competência da CSAT; e rodas de conversas, atualmente, de atribuição da GESP.

4.3.1.1 Escuta psicológica/Acolhimento

Entre os entrevistados, 17 mencionaram o acolhimento e/ou escuta psicológica como uma ação preventiva (E1; E2; E3; E4; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E13; E14; E15; E17; E18; E19; E20). Sendo descrito por alguns como uma prática de todos os servidores e, singularmente, do setor da psicologia, a depender do caso.

E1: “Hoje, a Saúde do Trabalhador, desde a hora que o trabalhador entrega o atestado, ele já tem que ser acolhido. É uma postura de todos da equipe. Porque, a partir desse momento, a gente pode identificar a necessidade de se acolher singularmente”.

E6: “Esse servidor pode vir para CSAT, para acolhimento e identificação. Caso ele precise de afastamento ou que converse com o gerente dele, né? Porque, às vezes, ele não aguenta mais aquela pressão. E ele não sabe como chegar com o gerente dele, né? Aí, tem até medo de vir trabalhar. Quando ele pensa em vir trabalhar, tem taquicardia, sudorese, entra em pânico, né?”

E7: “Então, se o servidor chega aqui, a gente faz o acolhimento. E, se a gente perceber que tem algo além da queixa que ele apresentou, ele é encaminhado para o psicossocial”.

E10: “Monitoramento no sentido de que? De acolher o servidor queixoso”.

E17: “Qual é a nossa política [CSAT]? Servidor chegou e está surtado. Se eu estiver na recepção, o primeiro acolhimento é meu, depois eu chamo o profissional responsável”.

E18: “Serviço social acolhe. A Psicologia acolhe. A fisioterapia acolhe. A menina da recepção acolhe. Todo mundo acolhe. Porque aqui é uma equipe”.

Como prática do setor psicossocial, o acolhimento pode ocorrer por demanda espontânea ou por encaminhamento de gerentes e coordenadores. Caso seja identificado nível de sofrimento mental, esse profissional é encaminhado para a rede.

E2: “Fazer o atendimento e acolhimento de servidores, né? Tanto para aqueles que já chegam com alguma demanda psicológica, às vezes, vem abalado emocionalmente, vem precisando desabafar, conversar, demandas espontâneas. Quanto quando eles vêm encaminhados pelas suas gerências ou encaminhados pela gestão de pessoas, já com demandas específicas, tanto emocionais quanto de processos de trabalho”.

E3: “[...] a Saúde do Trabalhador deve trabalhar na lógica da multidisciplinaridade. E a gente faz o acolhimento do trabalhador, dá orientação, media encaminhamentos para serviços fora da Santa Casa [...]”

E4: “A gente faz o atendimento dos servidores, acolhimento, escuta, encaminhamento, orientação, dependendo da situação de cada”.

E8: “Só que quando eu cheguei aqui, eu recebi um acolhimento. E esse acolhimento foi muito importante. E esse acolhimento me levantou. Eu senti, no início, a questão da rotina de trabalho, porque é diferente... Então, eu senti um pouco a questão disso, até que eu me adaptasse. Mas, eu tive esse acolhimento. Eu tive assistente social. Eu tive psicólogo. Tive a minha gerente, que também é uma pessoa acolhedora”.

E9: “No trabalho preventivo, a gente monitora, a gente acolhe, mas a gente encaminha para a rede. A gente não vai fazer o assistencial”.

E11: “E as psicólogas fazem também atendimento de alguns servidores, acolhimento de alguns servidores quando procuram”.

E13: “Mas, os que a gente tem que ver, que tem aquele acometimento mais grave, precisa daquela palavra, daquele acompanhamento, aquele acolhimento, a gente faz isso através do serviço social, as psicólogas, enfim”.

E14: “Já vi casos em que o gerente ligou e pediu para encaminhar o servidor para falar com as psicólogas”.

E15: “A saúde do Trabalhador, em si, não tem a tarefa ou atividade de fazer terapia no nosso caso. A gente acolhe e encaminha, conforme necessidade, seja com o psiquiatra, seja com o psicólogo ou seja com os dois”.

E20: “Mas, aqui eu já presenciei alguns servidores em busca desse atendimento, desse acolhimento psicossocial”.

O acolhimento está atrelado à forma de receber o paciente. Significa um processo ético de escuta do usuário em suas necessidades, compartilhar informações e envolvê-lo no processo de tomada de decisão.

O acolhimento não se confunde com situações pontuais “[...] como por exemplo, uma recepção confortável, de boa dimensão espacial, uma triagem administrativa, ou um bom encaminhamento para serviços especializados” (MOTA *et al.*, 2014, p. 124). Conforme os autores, o acolhimento deve ser:

[...] atravessado por processos de responsabilização, buscando a criação de vínculo a partir da escuta de problemas, troca de informações, mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e decisões que possibilitem intervenções pertinentes e eficazes em torno das necessidades dos usuários do serviço de saúde.

No site da Biblioteca Virtual em Saúde (BRASIL, 2008b), o acolhimento é descrito como uma diretriz da Política Nacional de Humanização (HMS). Não é

específico de determinado profissional, e ocorre por meio de escuta do usuário, permitindo sua participação no processo saúde-doença.

Por outro lado, a escuta psicológica é realizada por profissional específico que, no caso, trata-se de profissional da psicologia ou psicólogo (LAPOLLI; GOMES, 2019), independente da nomenclatura ou forma de atendimento.

Lapolli e Gomes (2019) fazem referência ao papel relevante do psicólogo no enfrentamento do estresse, no contexto organizacional, quando da manutenção de espaço para a escuta.

E, por ser o estresse um determinante para o surgimento de doenças, inclusive, o que Seligmann-Silva (2011) denominou de “desgaste funcional e as variações do mal-estar”, cujo eixo de análise é o fenômeno da fadiga, concluindo que o estresse é o elemento que compõe o processo de desgaste.

Bem assim, as situações extremas trazidas pela pandemia por covid-19, a que foram submetidos os profissionais da saúde como, por exemplo, a superlotação dos hospitais, preocupação de não transmitir a doença para os seus entes queridos, o número elevado de óbitos, perda de familiares e colegas de trabalho.

Logo, a escuta psicológica é uma estratégia preventiva em saúde mental do trabalhador de grande relevância. Sendo que a equipe psicossocial da CSAT/FSCMP realiza o acolhimento, a escuta e, quando necessário, faz o encaminhamento do servidor à rede pública ou privada.

4.3.1.2 Práticas integrativas

As práticas integrativas são citadas pelos entrevistados como ações preventivas em saúde mental do trabalhador na FSCMP. Nas falas, restaram evidenciadas as seguintes práticas: o Reiki (E1, E2, E4, E6, E9, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19), a auriculoterapia (E1, E2, E4, E6, E9, E11, E12, E13, E14, E15, E17, E19) e a ginástica laboral (E6, E7, E11, E12, E13, E15, E16, E17, E18, E19).

a) Reiki

Implantado pela CSAT/FSCMP antes da pandemia, com base na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (FSCMP, 2020), o Reiki (BORGES, 2018) é uma técnica japonesa de relaxamento e redução do estresse.

Dentre as práticas integrativas, foi a que mais se destacou nas falas dos entrevistados.

E1: “O espaço do espiritual também tem que ser trabalhado. E, o Reiki veio trazer isso. Temos o recorte físico, que são as avaliações clínicas feitas pelo médico do trabalho. Temos o recorte emocional, também trabalhado pela equipe de psicologia. E, temos o recorte espiritual, e não é questão religiosa, e sim de subjetividade”.

E2: “Nós temos as práticas integrativas, como o Reiki”.

E4: “Mas, eu vejo assim, o Reiki é tudo de bom”.

E6: “Temos também o reiki”.

E9: “As terapias integrativas... do Reiki, que trabalha as energias e equilíbrio - medicina vibracional”.

E12: “Nós temos o Reiki, que é a Sônia em conjunto com o pessoal da fisioterapia. É uma coisa que está se disseminando dentro da Santa Casa”.

E13: “Nós oferecemos a terapia Reiki, que é uma terapia que ajuda muito o servidor a se estabilizar emocionalmente, ter tranquilidade”.

E14: “Não sei se entrariam as terapias alternativas, no caso o Reiki [...]”.

E15: “Temos a Sonia, que trabalha com Reiki, que é uma outra atividade que é ofertada para os servidores”.

E16: “E a gente tem agora as terapias, tem a acupuntura, tem o Reiki”.

E17: “O Reiki, por exemplo, é uma forma de atuar em saúde mental. Eu faço Reiki junto com a Sônia. Também estou nesta atividade de Reiki que trabalha qualidade de vida e saúde mental. Estou adorando e já estou no curso de Reiki nível dois”.

E18: “[...] é oferecido o Reiki”.

E19: “É uma coisa que eles oferecem, o reiki”.

A prática reiki passou a compor o rol de práticas integrativas e complementares da PNPIC, a partir de 2017. Conforme a Portaria nº 849, de 27 de março de 2017 (BRASIL, 2017), a técnica:

[...] promove a harmonização entre as dimensões físicas, mentais e espirituais. Estimula a energização dos órgãos e centros energéticos. A prática do Reiki, leva em conta dimensões da consciência, do corpo e das emoções, ativa glândulas, órgãos, sistema nervoso, cardíaco e imunológico, auxilia no estresse, depressão, ansiedade, promove o equilíbrio da energia vital.

Portanto, o reiki trabalha o homem como ser integral, nas suas dimensões físicas, mentais e espirituais, por meio da imposição da energia das mãos em pontos vitais que são denominados de chacras (BORGES, 2018; BRASIL, 2017). Contribui em vários aspectos da saúde humana, inclusive, no equilíbrio do funcionamento celular.

Com o aumento do estresse, da ansiedade e da depressão, a prática Reiki (BORGES, 2018) contribui tanto para a redução do estresse como do nível de ansiedade e do sintoma da depressão. Sendo, portanto, uma estratégia preventiva importante no contexto de saúde do trabalhador.

b) Auriculoterapia

A auriculoterapia é outra prática integrativa inserida nos serviços de saúde do trabalhador da FSCMP, a partir de julho de 2021.

Na coleta, 60% (sessenta por cento) dos entrevistados reconheceram a auriculoterapia como uma prática preventiva em saúde mental do trabalhador.

E1: “[...]porque nós identificamos no perfil epidemiológico o quadro álgico, que são as dores na costa, ou lombar, que é a dor baixa, pela carga, ou perna ou dobradiças do corpo, que é as dores osteomusculares. E aí a auriculoterapia veio ao encontro desse atendimento focalizado. E, também, quadro de ansiedade, dificuldade para dormir, o que vem expressar a carga emocional, o estresse, a ansiedade [...]”.

E2: “Tem a aurículo, que dão apoio [...]”.

E4: “E, agora, tem a auriculoterapia”.

E6: “Tem o atendimento da fisioterapeuta que faz a auriculoterapia [...]”.

E9: “As terapias integrativas da auriculoterapia [...]”.

E11: “Para a prevenção, eu acredito que a atividade de auriculoterapia é uma forma, sim, de estar atuando aí essa questão”.

E12: “Nós temos também a auriculoterapia que as meninas da fisioterapia fazem”.

E13: “Hoje, nós estamos com a auriculoterapia, que eu sou até suspeito para falar, porque eu faço e acho muito bom”.

E14: “Não sei se entrariam as terapias alternativas, no caso ... aurículo, que eu não sei se caberia”.

E15: “Temos as meninas da fisio, que fazem a auriculoterapia”.

E17: “[...] com o programa de auriculoterapia, que é o nosso carro chefe”.

E19: “Chegou agora essa parte da aurículo”.

Estudo voltado à qualidade de vida de equipe de enfermagem (KUREBAYASHI; SILVA, 2014) concluiu que a prática da auriculoterapia contribui para a diminuição do estresse e da ansiedade, além dos benefícios à saúde física como gastrite e dores na lombar.

Para o início da terapia, o paciente preenche um protocolo, com questionário e ficha diagnóstica, como indicação das queixas (KUREBAYASHI; SILVA, 2014). O procedimento pode envolver a técnica de agulhas semipermanentes ou de sementes. E o número de sessões depende do caso concreto.

Na FSCMP, a auriculoterapia é um projeto da equipe de fisioterapia. O agendamento das sessões é realizado com a própria equipe responsável, que realiza a avaliação mediante a oferta do protocolo, para preenchimento do servidor e avaliação dos pontos e tratamento a ser aplicado, inclusive, o número de sessões.

c) Ginástica laboral

A ginástica laboral foi citada por 45% (quarenta e cinco por cento) dos entrevistados, que a consideraram uma medida preventiva em saúde mental.

Esteve disponível aos servidores da FSCMP, no âmbito de saúde do trabalhador, porém, sofre de descontinuidade como será abordado no tópico sobre as limitações à ampla prestação dos serviços.

E6: Tem o atendimento da fisioterapeuta que faz ... ginástica laboral.

E7: Eu vejo no grupo de WhatsApp o servidor dançando, fazendo aquela ginástica laboral, fisioterapia.

E11: As ações de ginástica laboral se enquadram dentro do programa de ergonomia

E12: Tem o programa do pessoal da fisioterapia, hoje, que é a ginástica laboral.

E13: A ginástica laboral também, que as pessoas vão até o setor, mas que, com a PANDEMIA, a gente deu uma paradinha, né, mas eu acho que vai retomar.

E15: Temos as meninas da fisio... e a ginástica laboral.

E16: Por exemplo, as meninas fazem a ginástica laboral. Isso aí, tu já tira o foco, né. Tu muda.

E17: A gente entrou com o programa de ginástica laboral, com o programa de auriculoterapia, que é o nosso carro chefe.

E18: oferecido alongamento.

E19: O que eu vejo muito agora é parte das fisioterapeutas, que antes da pandemia faziam ginástica laboral.

Os efeitos da ginástica laboral na saúde do trabalhador foram objeto de estudo realizado por Serra *et al.* (2014). Para os autores, a ginástica laboral é uma estratégia de prevenção, principalmente diante do crescente número de afastamentos por doenças ocupacionais no Brasil, envolvendo atividades repetitivas, gerando prejuízos sociais e financeiros.

Segundo os mesmos autores, a ginástica laboral contribui para a prevenção de distúrbios ocupacionais, redução do estresse e do sedentarismo. No caso:

[...] Os exercícios aplicados em programas de GL visam promover o alongamento, relaxamento muscular e flexibilidade das articulações, e benefícios físicos e psíquico, ajudando a aumentar o poder de concentração e melhoria da autoestima (SERRA *et al.*, 2014, p. 202).

No contexto hospitalar, o profissional está exposto a diversas situações que comprometem a sua saúde física e mental. Por exemplo, o cuidado ao paciente “acamado” e que necessita de banho leito, mudança de decúbito para evitar feridas de pressão, todas são situações que, a longo prazo, podem gerar problemas à saúde.

A exposição ao estresse por longos períodos é outro fator adoecedor, bem como, o sedentarismo que pode favorecer o surgimento de doenças como hipertensão e diabetes.

Logo, trata-se de uma estratégia preventiva a ser considerada no âmbito das organizações, inclusive, como valorização do profissional.

4.3.1.3 Rodas de conversa

As rodas de conversa foram citadas por 8 dos entrevistados (E2, E4, E9, E11, E15, E16, E18, E20) como uma forma de prevenção em saúde mental. O setor responsável pelas rodas de conversa, na atualidade, é a GESP, por meio do Projeto “GESP por toda a Casa”.

E20: “O projeto que eu sei que existe é o GESP por toda Casa. Eu participei enquanto estava no contrato, como assistente administrativo, de um momento como esse. Em que foi realizado um contato para agendar esse momento, e consegui, mas não estava toda a equipe, por conta dos turnos. Eu estava no turno da manhã. E a psicóloga foi com seu estagiário, e aí ela teve um bate papo. Escutou cada um e disse qual era a proposta, que era saber se a gente tinha alguma dificuldade para lidar com a gerência, com os outros servidores e se o fato da gente ser um dispensador, uma central de abastecimento, a gente sofria pressão das outras áreas, com relação a prazo e medicamentos; e como a gente tratava um ao outro se existia dificuldade de relacionamento. Então, eu acredito que ela estava tentando ter uma visão geral do clima [...]”

E2: “A gente está desenvolvendo as rodas de conversas nos setores. Seria específico do serviço psicossocial”.

E4: “Eu acho que a gente tem que sempre fazer essas trocas, roda de conversa. Agora que não está tendo por conta do COVID”.

E9: “A gente faz algumas rodas de conversa aqui, na CSAT”.

E9: “É difícil reconhecer e é difícil falar. Então, é muito importante canais de fala, rodas de conversas”.

E15: “A gente trabalha com as rodas de conversa”.

E15: “Na época da pandemia, nós fizemos em vários setores rodas de conversas, inclusive, junto com a GESP”.

E16: “A assistente social faz roda de conversa, também é muito bom”.

E18: “Por sinal, sinal tem roda de conversa, tem alguns indicativos”.

A roda de conversa é uma metodologia que passou a ser aplicada na área da saúde, quer entre os profissionais/usuários quer entre os profissionais/profissionais. O objetivo é o diálogo sobre determinado tema. Para tanto, faz-se importante o

controle do número de participantes e a presença de ao menos de facilitador, que coordenará o diálogo de modo coletivo.

Em Farias e Barbosa (2016), tem-se o resultado de uma experiência realizada em uma Instituição Judiciária, em que a metodologia da roda de conversa foi aplicada, veja-se:

[...] a experiência das “Rodas de Conversa” com esse grupo de trabalhadores proporcionou aos gestores a identificação da importância da aplicação de um modelo participativo, favorecendo, ao final do projeto, a melhoria significativa das relações interpessoais e, por conseguinte, do ambiente de trabalho e dos serviços prestados (FARIAS; BARBOSA, 2016, p. 7).

O enunciado do E20 é um exemplo de como a metodologia pode ser colocada em prática, objetivando a identificação de fatores estressores, que possam comprometer o ambiente.

E20: “O projeto que eu sei que existe é o GESP por toda Casa. Eu participei enquanto estava no contrato, como assistente administrativo, de um momento como esse. Em que foi realizado um contato para agendar esse momento, e consegui, mas não estava toda a equipe, por conta dos turnos. Eu estava no turno da manhã. E a psicóloga foi com seu estagiário, e aí ela teve um bate papo. Escutou cada um e disse qual era a proposta, que era saber se a gente tinha alguma dificuldade para lidar com a gerência, com os outros servidores e se o fato da gente ser um dispensador, uma central de abastecimento, a gente sofria pressão das outras áreas, com relação a prazo e medicamentos; e como a gente tratava um ao outro se existia dificuldade de relacionamento. Então, eu acredito que ela estava tentando ter uma visão geral do clima... se a gente conseguia deixar os problemas de casa para casa, e dali em diante pensar só no trabalho. Muitos disseram que não conseguiam. Não dava. Em alguns momentos, a gente tinha um comportamento mais reservado. Outros momentos... E tinha grande influência da vida pessoal. Se a gente estivesse bem lá [pessoal], acabava ficando bem aqui. E o contrário não. Quando sai daqui, a gente foca na nossa vida. Mas, a depender do cargo que ocupa, a gente não conseguia fazer essa divisão. Dependendo do cargo, tipo, enquanto assistente administrativo, eu me importava com o serviço? Sim. Eu me importava em cumprir a carga horária? Sim. Mas, quando eu saía daqui, era a minha vida. Eu não tinha que me preocupar com o meu telefone, em planejar outras coisas. Por que? Porque tinha outra pessoa fazendo isso. Aí a fala da gerente já era diferente naquele momento: “Às vezes, eu não consigo dormir”; “Às vezes, eu envio mensagem a determinada pessoa às 03h da manhã”.

A depender dos diálogos e situações identificadas, pode se fazer necessária a realização de mais de uma roda de conversa. A conclusão a que se chegou na experiência na Instituição Judiciária (FARIAS; BARBOSA, 2016) citada antes, foi que “as rodas de conversa” proporcionam a produção de saberes e a construção coletiva de soluções, propiciando um ambiente de trabalho saudável.

Na entrevista concedida por Christophe Dejours à Comissão de Saúde do Conselho Regional de Psicologia (DEJOURS, 2015), um dos questionamentos feitos foi se o psicólogo pode fazer algo em favor da saúde dos profissionais da saúde.

Frente às dificuldades que esses profissionais encontram na prática terapêutica e conflitos que surgem entre os membros da equipe, a solução sugerida são espaços de discussões para debater questões próprias da organização do trabalho. Nesse viés, o psicólogo pode contribuir para que o profissional de saúde construa sua relação com o trabalho.

Essa parte da entrevista vem demonstrar a relevância da prática das rodas de conversa, como uma estratégia de prevenção.

No âmbito da FSCMP, a medida ainda se encontra em uma fase embrionária, ou seja, ocorre em áreas descritas como estressantes, como as UTI. No entanto, por sua relevância carece ser expandida para alcançar os serviços de maneira mais ampla. Posto que, não se trata de estratégia que trata o sujeito no individual, mas que irá permitir o diálogo de situações inerentes à própria organização do trabalho. Significa dizer que irá tocar as causas e não os efeitos.

4.3.2 Limitações à ampla prestação dos serviços

Pelos dados coletados foi possível identificar que a CSAT/FSCMP tem ações voltadas à prevenção em saúde mental. As ações encontradas foram a escuta psicológica/acolhimento; as práticas interativas - Reiki, Auriculoterapia e ginástica laboral; e as rodas de conversas.

No entanto, os enunciados evidenciaram determinadas limitações à ampla prestação dos serviços, são elas: As condições de trabalho não adequadas; a baixa adesão aos serviços pelos servidores; a existência de preconceitos e estigmas em saúde mental; e a descontinuidade dos serviços.

4.3.2.1 Condições de trabalho da equipe da CSAT

Acerca das condições de trabalho da equipe da CSAT, restou evidente na fala dos entrevistados questões relacionados ao ambiente físico (E3, E4, E10, E11, E17, E18), a falta de suporte da gestão (E3, E5, E10, E12, E13, E17, E19 e E20) e a falta de pessoal (E1, E13, E14).

Como condições de trabalho, Vedovato *et al.* (2021) consideram ser os meios físicos e materiais necessários para a realização da atividade laboral, seus insumos e maquinários, no exemplo dado.

Para Gomes *et al.* (2019), as condições de trabalho estão relacionadas aos recursos que são proporcionados ao trabalhador para realizar sua atividade, encontrando-se entre elas as instalações físicas, os equipamentos e materiais disponibilizados e o apoio específico e inerente a cada tipo de trabalho.

Maranhão (2016) faz citação dos elementos que integram as condições de trabalho, dentre as quais, estão o ambiente físico, o suporte da organização e o desenvolvimento de pessoal, pontos críticos evidenciados nas enunciações dos participantes da pesquisa.

a) Ambiente físico da CSAT

Sobre o ambiente físico da CSAT, este precisa ser mais acolhedor (E3, E4). A sala de atuação da equipe técnica do psicossocial é pequena e muito apertada e, por conta do sigilo da profissional, sempre um profissional tem que se retirar da sala, para o outro fazer o atendimento.

E3: “Se tu fores perceber a ambiência, nós precisamos de uma ambiência mais acolhedora. Nós precisamos de uma ambiência que contribua para essa pessoa se sentir mais acolhida, né? Nesse momento, que ela vem em sofrimento, por exemplo, dentro do campo da Saúde Mental”.

E3: “Nós temos uma sala pequena, muito apertada. Muitas vezes, quando chega uma pessoa para ser atendida, o outro profissional que também precisa dessa sala tem que sair. Então, eu acho que isso não qualifica esse atendimento”.

E4: “Chega uma situação aqui, é encaminhada para o serviço social. A sala é para os dois técnicos, a psicóloga sai. Se eu precisar do apoio eu vou lá com ela, ou encaminho para ela para fazer outro atendimento”.

E4: “Está ocorrendo uma restrição estrutural. Chegava alguém a gente atendia na sala da Lina, mas não tem como por causa do sigilo. Depois de tanta luta a gente está aqui nessa sala. São duas profissionais e o espaço é bem pequeno. E fica pior quando fica calor. A gente dá o nosso jeito. E, às vezes, à tarde o médico vem para cá, fazer atendimento aqui, e a equipe sai”.

Não há um espaço próprio para a realização das terapias integrativas. A auriculoterapia é aplicada no meio do salão principal (E17). Outrossim, alguns entrevistados reportam que a limitação estrutural impacta nos resultados da equipe (E10) e no atendimento, que poderia ser muito melhor (E19).

E17: “Olha como a gente está [servidora aponta para a estrutura física do local]! Um exemplo: eu faço a Auriculoterapia, que tem que sentar contigo,

verificar, fazer a avaliação da tua orelha, conversar e tu vás me relatar sintomas físicos ou emocionais. Eu vou ter uma conversa contigo privada, e eu não tenho onde fazer isso, faço no meio do salão”.

E10: “[...] Até por uma questão estrutural, o administrativo, a gente ainda não consegue alcançar uma meta, enquanto Saúde do Trabalhador, 100%”.

E17: “Eu acho que a gente não consegue alcançar um número maior por falta de estrutura, por falta de condições físicas e materiais”.

E19: “Quer dizer, se você tem um espaço adequado, você tem um atendimento muito melhor. Porque se você quer fazer uma coisa, aí tem que pedir liberação daqui ou dali, e esperar o documento voltar. E fica naquela incerteza: “Será que irão liberar a sala?””.

A situação da estrutura física da CSAT também pode ser caracterizada pela pausa na fala do E11 que, a seguir, afirma que o fluxo das coisas é interessante. A pausa remete a um certo descontentamento com a estrutura do local.

E11: “Eu acho que sim. Mas a estrutura... O esqueleto, o fluxo das coisas, ele é muito interessante, sim”.

Sobre o espaço físico da CSAT, é composto por uma sala principal que comporta a recepção, equipe de segurança, equipe da fisioterapia, administrativos, arquivo, copa e coordenação. A recepção é separada do salão interno por uma divisória em PVC. O mesmo ocorre com a sala da coordenação, arquivo e copa. Não há tratamento acústico, portanto, o sigilo é inviável neste espaço.

No mesmo corredor da sala principal, um pouco antes, fica a sala da equipe do psicossocial. Um ambiente pequeno, com pouca mobilidade. E, ao final do corredor, a sala da equipe de enfermagem e das médicas do trabalho.

Visualmente, são espaços antigos e insalubres. Na sala principal, não há como manter o sigilo, pois não há tratamento acústico, inclusive, na sala da coordenação. Também não há janelas de ventilação/iluminação.

b) Falta de suporte da organização

A falta de suporte organizacional para a realização das atividades foi observada na fala dos entrevistados (E3, E5, E10, E13, E17), e expressa na necessidade de “investir mais”, de “qualificar”, “ter apoio”, “um pouco mais da gestão”, “mais incentivo” entre outras.

E3: “Eu acho que a gente tem muito a fazer ainda. E eu acho que **o hospital precisa investir mais**. Precisa investir mais! Nós temos muita limitação”.

E3: “E quando a gente faz um investimento na prevenção, naquilo que eu já relatei anteriormente, a gente está fazendo uma aposta na qualidade de saúde, física e mental, desse trabalhador”.

E3: “Nós temos uma boa equipe, mas nós precisamos **qualificar tanto a ambiência, com os equipamentos, como também a própria qualificação da equipe, a educação continuada**”.

E5: “Porque a demanda está grande. Nós, realmente, não estamos sabendo trabalhar essa situação. Por quê? Não depende só da Saúde do Trabalhador, as nossas ações. Saúde do Trabalhador não se faz somente aqui. **Nós temos que ter um apoio, principalmente, superior. Se não tivermos esse apoio superior, se os nossos superiores não focarem, realmente, e virem aqui, e ver o que nós vamos ter que fazer para amenizar essa parte, que está muito grande.** Só está aumentando dia-a-dia. Os profissionais estão muito doentes”.

E10: “Porque a gente sabe que, com essa troca de gestão constante, algumas medidas, alguns projetos vão ficando no meio do caminho. Porque entra uma gestão que tem um pensamento entra outra... **Com essa quebra de gestão, o servidor é mal acompanhado, principalmente, quando vai ao GESP queixoso de algumas coisas como a questão da relotação; do assédio, em relação a algumas gerências**”.

E13: “Então, têm essas questões. Mas, eu ainda acho, opinião própria, que **falta um pouco mais da gestão, da gestão superior.** Porque se fala tanto em valorização do servidor, valorização do servidor, mas eu não vejo essa valorização do Servidor, nesse sentido. Porque eu acho que a gente tem que pensar primeiro na saúde dos nossos pares, para poder depois desenvolver um bom trabalho. Porque sem saúde não existe trabalho. Seria uma coisa que vem de cima para baixo, e nós seríamos o suporte para envolver tudo. Nós tentamos, fazemos o melhor que podemos com os poucos recursos que temos. Então, na minha opinião, falta mais esse incentivo da gestão superior”.

E17: “**Eras, eu vejo pouca participação [gestão da Santa Casa]. Pouquíssima, pouquíssima.** É muito difícil a gente fazer um evento nesse sentido [saúde mental] **e ter um apoio maior.** Exemplo, tu queres chamar o servidor para fazer uma atividade, pede um lanche é uma dificuldade para chegar um lanche, para poder oferecer” (Grifo nosso).

Percebe-se um sentimento de insatisfação nos enunciados do E12, E13 e E19, conforme as expressões “tem que ser um comprometimento da alta gestão”, “pode ir mais fundo”, “não vai conseguir fazer”. E de insegurança na fala do E20, quando diz “o próprio Estado não tem uma política que nos resguarde”.

E12: “Daí que eu te digo, que **tem que ser um comprometimento da alta gestão até chegar na CSAT**”.

E13: “Eu acho que a **Saúde do Trabalhador, nesse aspecto, pode ir mais fundo, desde que ela tenha mais apoio, e mais suporte**”.

E19: “Aí fica chato depois falar que **não vai conseguir fazer porque não conseguimos a sala e nem acesso ao material** que a gente precisa”.

E20: “Mas, o que eu vejo também, que o **próprio Estado não tem uma política que nos resguarde, assim, a nível de perícia médica,** por exemplo. A gente tem um órgão que é responsável pela perícia desse servidor, mas não tem um projeto maior de acompanhamento. Esse servidor, no máximo, a gente consegue uma junta médica, para dizer se está apto ou não para o trabalho” (Grifos nossos)

A equipe se percebe capaz de desenvolver o serviço de forma mais abrangente, porém não recebe o apoio necessário.

c) Falta de pessoal

Alguns entrevistados (E1, E13, E14) relataram ainda a necessidade de mais profissionais para uma maior abrangência do serviço (E1, E13), ou falta de profissionais gerando prejuízo ao serviço de assistência à saúde do trabalhador, no turno da manhã (E14).

E1: “Como nós trabalhamos por programas, dentro de dois eixos macros, que é a parte em Vigilância em Saúde e outra de Prevenção de Adoecimento, no fluxo normal de saúde ocupacional a equipe responde às necessidades. Mas, no fluxo de uma demanda visando qualidade de vida no trabalho, **aí eu me recinto da falta de alguns profissionais**”.

E13: “[...] deveríamos ter um plano de carreira, para fazer com que a CSAT pudesse abranger toda a Santa Casa, e atender todos os servidores, em todos os horários, e **aumentar um pouco mais o efetivo, para que a gente possa dar suporte aos servidores**, essa é minha opinião”.

E14: “Eu acredito que agora a gente está um pouco prejudicado devido à falta de médico, por exemplo, no turno da manhã, que é um turno que tem bastante demanda. **E a gente está sem médico para questões de acidente de trabalho, de agendamento de periódico. Está prejudicado por conta disso, mas a equipe tem se esforçado**” (Grifo nosso).

Estudos realizados sobre condições de trabalho e adoecimento (GOMES *et al.*, 2019; VEDOVATO *et al.*, 2021), concluíram que condições de trabalho precárias podem ocasionar adoecimento, encontrando-se entre os fatores determinantes a insuficiência de recursos materiais e equipamentos, a insatisfação profissional e instalações inadequadas.

A CSAT desenvolve uma atividade estratégica que é a segurança e prevenção em saúde dos servidores públicos da FSCMP, um contingente de quase três mil trabalhadores.

Portanto, necessita de recursos e instalações adequadas para o cumprimento das atividades devolvidas, a fim de alcançar todo o universo de servidores que compõem o quadro da Fundação.

E não somente para esse alcance, mas para que a própria equipe da CSAT não adoça frente às condições de trabalho descrita.

Observou-se que a equipe busca engajamento no contexto laboral, porém enfrenta certo nível de bloqueio, que pode gerar uma maior insatisfação com o serviço. Como foi visto em Dejourns (2015), quando o sujeito já tentou de todas as formas ser criativo no espaço de trabalho, mas não consegue, em razão da rigidez da organização do trabalho, inaugura-se o sofrimento mental.

Todas essas situações precisam ser consideradas e revistas pela FSCMP, com adoção de medidas para a melhoria das condições de trabalho e possibilidade de engajamento da equipe.

4.3.2.2 Baixa adesão aos serviços

Outra situação presente nos enunciados diz respeito à adesão aos serviços pelos servidores, de modo geral. Tanto no que respeita à saúde física quanto à saúde mental.

E2: “A gente sempre tenta falar. Mesmo que a gente não tenha uma adesão grande, sabe. Porque, quando a gente faz, vem poucos servidores. Mesmo divulgando”.

E9: “Ele pensa somente no hoje. Então, hoje, ele está bom para trabalhar e vai empurrando. Não consegue enxergar que tem uma entrada para o trabalho, uma jornada laboral ao longo da vida, e, depois, ele tem que sair, tem que se aposentar. Mas, ele não consegue enxergar esse caminho, porque ele é muito pontual. Então, ele não se prepara para frente. Não cuida da sua saúde não. É até difícil implementar os exames periódicos, porque ele não consegue enxergar a importância desse monitoramento biológico que a gente faz. Então, a gente tem que fazer através de campanha, a gente tem que fazer muitas chamadas, é difícil ele sair do setor”.

E14: “Eu vejo, por exemplo, a parte dos exames, as meninas vão atrás, fazem mutirão para chamar o servidor. Tem toda a estrutura lá para coletar o sangue e, às vezes, a gente chega lá não tem servidor nenhum para fazer a coleta, entendeu”.

E14: “É uma luta para o servidor fazer o periódico. Tem que ir, fazer mutirões. Teve uma situação da médica uma vez ir até os setores. Mas, é bem complicado”.

E17: “Mas, como eu te disse, são ações que a gente não tem uma larga adesão dos servidores. Não aparece o número suficiente, somente uns gatos pingados. Vou te dar um exemplo: a gente faz no horário do trabalho, e quem é da assistência não vai ter como vir aqui. Tu vais largar teu paciente da UTI para vir aqui fazer uma oficina em saúde mental? Tu vais largar a sala de parto? Não vai. Se tu fazes a atividade no horário contrário, ou o servidor não vem, mesmo que ele não tenha outro vínculo; ou ele tem outro vínculo; ou não pode vir. A adesão é mínima. Em várias ações a adesão é pequena. E, a infraestrutura para fazer, porque tem dia que não tem sala para fazer”.

E19: “E o que eu percebi dos servidores, que são muito, vamos dizer retraídos, você convoca, convida, mas eles não aparecem. São poucos que aparecem para uma roda de conversa ou vem dar opiniões ou vem receber informações, vem participar de algo, entendeu. Assim as pessoas não são participativas”.

Essa adesão é ainda menor no que se refere a serviços voltados à saúde mental (E2, E3, E5, E 10 e E15). A participação em palestras e lives sobre o tema é descrita como “baixa” ou “muito pouca”, “apenas umas 10 pessoas” (E 3, E10, E15). O E5, por outro lado, descreve que os encaminhamentos feitos à rede externa têm boa receptividade, porém precisam lidar com a resistência dos servidores.

E2: **“Se a gente marca com o médico, eles não faltam, mas aqui com a gente, eles faltam.** Eles acabam deixando outras coisas como prioridade”.

E3: **“Nós tivemos uma semana em que a gente trabalhou esse tema, e teve até uma live. Nós fizemos uma live à noite, porque tem uma dificuldade muito grande de se fazer alguma atividade de noite. Nós tivemos, eu acho, apenas umas 10 pessoas na live, entendeu.** Então, as atividades precisam, assim... parece que elas precisam ser festivas, a gente precisa dar brinde, para chamar as pessoas, para poder estar discutindo, debatendo, fazendo uma escuta mais acolhedora de um tema que todo mundo tem alguma coisa para falar. Porque todo mundo tem um desafio mais difícil em algum momento da vida”.

E5: **“Eu não tenho o que falar do apoio externo. A gente faz o encaminhamento, e até agora tivemos uma boa receptividade pelos profissionais de lá. Às vezes o que acontece é o paciente, que não adere ao tratamento, e aí nós temos toda essa problemática.** Porque os que aderem estão bem, não estão dando problemas. Mas, os que não aderem, aí, nós temos problemas”.

E10: **“Infelizmente, o servidor ainda não adere. A gente faz as palestras e a adesão é muito pouca,** principalmente, da assistência”.

E10: **“A gente trabalha aqui muito com essa resistência, da pessoa não querer aderir ao tratamento.** Porque o colega precisa querer aderir ao tratamento. Muitos são resistentes: “Não, eu estou bem”. E, quando vai pedir socorro já está em uma situação muito complicada”.

E15: “A gente sempre teve uma certa dificuldade, sim, com os servidores. Às vezes, **a gente chama para discutir suicídio, saúde mental.** Os próprios readaptados, que chamamos pessoas da própria SEPLAD, para esclarecer, dá uma orientação. E, assim, a adesão é muito baixa, muito baixa. Muitas vezes, precisamos chamar e fazer divulgação boca a boca. Sendo que já houve alguma forma de divulgação, anteriormente. **A adesão é baixa”.**

O questionamento que surge dos enunciados é o que essa baixa adesão quer significar, ou melhor, o que ela esconde.

Ela diz respeito às condições de trabalho da equipe da CSAT retratada no ponto anterior, que não seriam convidativas?

Analisando a questão à luz dos estudos de Dejours (2015) sobre as vivências do subproletariado e da ideologia da vergonha, essa resistência seria uma representação da vergonha do corpo enfermo e do sofrimento? A negação da doença por simbolizar a incapacidade para o trabalho? A evidência de mecanismos de defesa?

A resposta a tal questionamento depende da realização de estudos em PDT com esses servidores.

Mas, os enunciados evidenciam um perfil bem presente entre os profissionais da saúde, qual seja, terem mais de um vínculo e desempenharem escalas extras, o que conduz à uma necessidade de permanecerem ativos, de não poderem se afastar para se cuidar (E1, E2, E5, E9).

E1: O homem como ser integral, ele precisa ter tempo para ele. Infelizmente, é como a gente colocou, **o profissional da saúde, com dois vínculos, às**

vezes, ele tem um vínculo que imediatamente se junta ao outro e ele tem que se desdobrar nesse deslocamento de uma instituição para outra. Então, a pessoa precisa se perceber como ser integral, se respeitando. Respeitando sua potencialidade, sua capacidade criativa. Porque um trabalho que tu executas apenas com uma tarefa de executar, depois ele perde sentido, ele perde o sabor.

E2: Porque quando eu penso em prevenção em saúde mental, eu tenho que pensar que esse ser humano vive em sociedade. **Então, não adianta eu dizer, por exemplo, para uma servidora, técnica de enfermagem, que tem dois tetos, e tem que tirar 10 plantões todo mês, porque ela precisa, porque, sei lá, ela tem três filhos, e ela precisa alimentar esses três filhos. Não adianta eu chegar para ela e falar “Não faça esses plantões, porque você precisa cuidar da sua saúde mental”.** Eu não consigo ver dessa forma. Eu preciso conhecer a realidade das pessoas. Eu preciso conhecer o quê para elas é importante, o que para elas é saúde mental, o que reflete na saúde delas. Ela pode até parar de fazer os plantões, mas, e aí? Ela vai ficar super ansiosa, porque ela vai precisar colocar comida na mesa.

E5: **E o que nós vemos também é que são profissionais que tem um, dois, três e até quatro empregos. Vários vínculos.** Então, o que nós vemos aí, é que esses profissionais são muito doentes. Quando a gente chega a ver, eles já estão doentes.

E9: Além de que a relação de trabalho também é subsistência, é uma relação de ter um rendimento, que é uma coisa fundamental para a família, para ele. Então, tem sobrecarga de trabalho por conta disso, de remuneração. **Aí ele não se vê como ele vai estar daqui há 10 anos.** (Grifo nosso)

Dentro dessa conjuntura, observa-se a busca por um patamar de vida melhor. Elevar a renda para melhorar as condições da família. O adoecer, nesse contexto, pode representar a perda desse patamar de vida. Logo, precisa estar são para conseguir cumprir suas jornadas de trabalho. Como consequência, a sobrecarga de trabalho surge, com reflexos na saúde física e mental.

Bem ao lado dessa resistência em aderir os serviços de saúde do trabalhador, encontra-se também o preconceito e os estigmas em saúde mental, a seguir expostos.

4.3.2.3 Preconceito e estigmas em saúde mental

Outra situação posta pelos entrevistados foi a existência de preconceito e estigmas em torno do tema saúde mental. Dos 20 entrevistados, 17 (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E10, E11, E12, E15, E16, E17, E18, E19, E20) afirmaram formas de preconceitos e estigmas, ou seja, 85% da amostra.

O estigma e o preconceito interferem no debate do tema entre os servidores, na visão E1, e na busca de apoio para o enfrentamento da questão (E2, E3, E4, E6, E8, E10, E11).

E1: “Até porque, quando nós falamos em Saúde Mental, nós ainda temos estigmas do termo. O estigma do termo. Se tu fizer alguma orientação em relação à saúde mental, tu vais ter que trabalhar o viés do suicídio, você vai ter que trabalhar determinados vieses. Por que? Porque: “Ah eu não preciso, porque eu não tô doído”. É um preconceito. Que nós temos esses estigmas”.

E2: “Eu acho que algumas pessoas tem receio de falar sobre isso, né? Mas, de certa forma, eles sabem que existe o tema”.

E3: “Mas, a questão da saúde mental, ela sofre mais, ainda, preconceitos. Muito mais. Porque, só o fato de você está em acompanhamento, às vezes, até com psicólogo: “Não, mas aí vão dizer que eu tô ficando doido”; “Mas vão dizer isso, vão dizer aquilo”. E, às vezes, você está em um sofrimento que pode ser momentâneo, disparado por algum acontecimento, por algum evento. E você precisa se tratar para não piorar mais a sua situação, ou a sua insegurança, aquele sentimento angustiante, e outras manifestações que o teu corpo e a tua mente começam a produzir. E tem essa pressão social. E as pessoas, às vezes, não procuram, ou quando procuram é porque já não estão mais aguentando, né? E, muitas vezes, a gente também perde colegas, perde pessoas conhecidas, familiares, porque não tiveram oportunidade de acessar um serviço profissional que pudesse estar ajudando. Aí vem a questão dos suicídios, por exemplo”.

E4: “Então, assim, essa questão do emocional, às vezes, eu sei que estou doente, mas não quero procurar um psicólogo, porque ainda há esse tabu, que o psicólogo só trabalha se a pessoa estiver doida. Pode ver: “Procura um psicólogo” - “Ah, eu não estou doida”. As pessoas logo se retraem”.

E6: “Quando nós identificamos um trabalhador com ansiedade, com depressão ou outras patologias, ele tem uma certa dificuldade de consultar o psiquiatra ou psicólogo, né? “Eu não tô doido”; “Ah, eu não preciso”.

E8: “[...] do servidor adoecido, sim, eu percebo. Às vezes, não quer aceitar”.

E10: “A própria pessoa tem preconceito: “Ah, mas as pessoas irão dizer que eu tenho problema mental”. Então, não querem e se fecham”.

E10: “O servidor tem preconceito com isso. As pessoas ainda têm aquele tabu que “Ah, psiquiatra! Eu não estou doida”. E não é loucura. Doença mental é uma questão de estresse, de sobrecarga, problemas mal administrados”.

E11: “Ah, eu acho que tem sim. Acho que tem. Para quem tem um conhecimento maior quanto à importância, quanto ao foco de que é importante procurar ajuda, é importante reconhecer, aí, consegue falar tranquilamente. Noto, por exemplo, nas pessoas daqui que já trabalham na saúde do trabalhador, e que tem mais facilidade de dizer que toma uma determinada medicação, de assumir, de estar consciente. Mas, não é a condição, acredito, da maioria que tem, sim, uma certa resistência em relação a reconhecer, a falar sobre o assunto”.

A vergonha e o medo de falar que está em sofrimento mental, fazendo uso de alguma medicação e/ou forma de tratamento da saúde mental é afirmada nas falas do E12, E16 e E18. Já o E7, E19 e E20 somente afirmaram a existência de preconceito.

E12: “É outra coisa que eu vejo. A Santa Casa precisa trabalhar essa questão das doenças mentais seriamente. Por que? Tem o auto preconceito, eu não quero assumir que eu tenho, é muito difícil para mim assumir perante os meus colegas, perante a Instituição. Eu adoço, mas faço o maior ministério “Não, não mostra meu atestado para ninguém”. Nós já tivemos pessoas que: “Pelo amor de Deus, fulano não pode saber que meu adoecimento é do F”, que é doença mental. Então a gente tem um auto preconceito e o próprio preconceito laboral dos outros falando “Fulano é doido”.

E16: “Isso. Porque eles não gostam de dizer que é isso ou aquilo, é muito complicado. A Santa Casa deveria divulgar, mas não divulga”.

E18: “Sim. Porque muita gente não quer falar. Não diz que está doente, com vergonha de como vai ser olhado pelo colega, pelo outro funcionário. Existe ainda, muito estigma. Existe sim. Enquanto não tiver uma quebra desse paradigma de tudo, não adianta. Vai continuar”.

E7: “Sim, ainda há. Ainda existe, sim, com certeza”.

E19: “Sim”.

E20: “Sim”.

Já o preconceito e estigmatização por parte de colegas ou gerências/lideranças foi evidenciado nos enunciados do E5, E15 e E17.

E5: “Muitas vezes, temos muita resistência para inserir essas pessoas em outros locais de trabalho, pela má vontade. As pessoas acham que essas pessoas só vão dar problemas”.

E5: “É o que estou te falando, quando a gente sai para fazer alguma relotação com esse tipo de doença é difícil, por causa do preconceito. Ficam logo: “Ah, muito problemático”.

E15: “Existe. Na prática existe. Os colegas que tiveram alguma problemática, nesse sentido, por ter tido um laudo ou um atestado médico, para ficar afastado um mês ou quinze dias, enfim, de CID F, que é o que caracteriza a saúde mental, ele já fica meio que discriminado. Então, a gente tem alguns relatos de colegas que se sentem discriminados, e outros que preferem que nem diga, enfim, que teve algum episódio e que precisou ser afastado por CID F. Na realidade, isso não deveria acontecer, mas a gente vive. Então, pela experiência, pela prática da equipe, eu lhe digo, tranquilamente, que tem sim preconceito, infelizmente”.

E17: “Com certeza. Tu falas em CID F todo mundo fala assim: “Ai, meu Deus do céu, ela é doida”. Tem sim, muita”.

Como se vê, o preconceito e estigma em saúde mental ainda está muito presente em nossa sociedade. A vergonha de ser tachado como “louco”, como “doido”, ainda está presente no imaginário das pessoas, que ressentem até de procurar alguma forma de ajuda, para evitar de ser estigmatizada pelos colegas e/ou por sua liderança.

A questão se torna intensa no meio da saúde, porque esse profissional se vê no papel de cuidador, de quem presta a assistência. E estar na outra “condição”, de quem vai receber o cuidado, pode ser difícil para esse trabalhador (E2).

E2: Por isso, que às vezes o processo de adoecimento para ele é tão difícil. Porque é outra pessoa cuidando dele. Quando a gente quer cuidar dele é: “Não!” É muito isso. É muito difícil deixar de ser cuidador e se tornar paciente. Parece assim que para aquele servidor não dá tempo de cuidar da saúde mental, mesmo! É uma imagem assim de aguentar tudo isso. É uma fortaleza que trabalha 24 horas, sei lá quantas horas por semana, e pode tudo: Cuidar dos filhos, da mãe, da namorada, do namorado, do marido, do cachorro. É muito esse papel, mesmo, de cuidador. É essa imagem, essa autopercepção que se fixa. **É muito difícil desgrudar desse lugar de cuidador. Faz parte da identidade que, quando tem que sair um pouco desse local, fica muito difícil** (Grifo nosso).

Frente às situações relatadas, faz-se necessário o uso de diversos níveis de intervenção, inclusive, educativos/informativos que leve o servidor a refletir sobre a sua saúde.

4.3.2.4 Descontinuidade dos serviços

Alguns entrevistados (E1, E3, E12, E17, E19) pontuaram algumas dificuldades vivenciadas pela equipe e que dizem respeito à restrição ou mesmo à descontinuidade de certas ações em saúde do trabalhador.

Entre as ações com restrição quanto ao espaço se encontra o Reiki. Conforme enunciado do E1, E3 e E19, com a perda do espaço onde anteriormente estava localizada a CSAT, não existe um espaço físico próprio para a realização da terapia, que depende dos horários do auditório.

E1: “[...] Através, também, dessa identificação dos indicadores, nós temos o Reiki, que foi instituído há mais de 3 anos, há quase cinco anos. Foi muito bem aceito. É um espaço de refazimento, espaço, também, de meditação. Um espaço que você recorta para você se encontrar com você. Isso fortaleceu muito. Só que o fenômeno da pandemia fez a gente se reorganizar, espacialmente. Nós perdemos o espaço. **Mais uma perda importante, significativa no que diz respeito à qualidade de vida**, porque você estava trabalhando o emocional. Hoje nossa maior dificuldade é desacelerar”.

E3: “Então, nós precisamos de área, né? Para desenvolver, por exemplo, algumas práticas que pudessem favorecer a qualidade de vida desse trabalhador com rodas de conversa, com as práticas complementares que o SUS aceita, como o Reiki, que já tem, né, **mas diminuiu muito, porque a gente perdeu um espaço importante**”.

E19: “Que quando a gente estava na Enfermaria São Paulo, **tinha uma sala reservada somente para o Reiki. Então era um atendimento muito melhor, porque não tinha esse negócio de vamos adaptar essa sala para tal hora, ou não vamos fazer isso, ou não a gente não pode passar desse horário porque vai ter outra atividade. Você tinha uma sala reservada. A pessoa chegava, assinava a lista, tomava um chá e ia lá para dentro. Ela conversava, fazia a terapia Reiki. Era um momento de relaxar**”.

A restrição não é apenas espacial, porém de qualidade do serviço, pois como relatado pelo E19, no enunciado acima, no antigo espaço, era oferecido um momento de refazimento desse servidor que procurava a terapia, com oferta de chá e momento de acolhimento, que foi também restringindo.

Ressalte-se que, a temática envolve diálogos mais amplos que a da precariedade das condições de trabalho, por duas situações vivenciadas na FSCMP.

A primeira delas diz respeito a perda do espaço físico da CSAT, que ocorreu, a priori, pela necessidade de reativação da Enfermaria São Paulo, para atendimento dos pacientes com covid-19. O setor foi alocado em um ambiente improvisado. Contudo, passados mais de dois anos da pandemia, a situação do setor permanece a mesma, isto é, realizando suas atividades em um espaço improvisado, sem melhorias estruturais.

A segunda situação se refere ao processo de terceirização de alguns setores da FSCMP, a exemplo dos setores de Nutrição e Laboratório que, recentemente, foram terceirizados. E, pergunta-se, que a ausência de investimentos no setor da CSAT concorreria para uma terceirização.

Voltando-se para os serviços em descontinuidade, outra terapia integrativa atingida pela falta de espaço é a ginástica laboral. Conforme o E17, busca-se um espaço para que se possa alcançar os servidores das duas unidades hospitalares.

E17: “A Instituição quer que a gente atinja a assistência, mas como é que eu vou para a assistência fazer a ginástica laboral se sou eu e mais duas? E a gente ainda enfrenta certas situações, tipo: “Lá vem a chata da ginástica laboral” ou, então, a gente entrava em um setor que a gerente dizia assim: “Olha, hoje a equipe não vai fazer porque estamos com muito trabalho”. Eu falava para gerente que aquele era momento de fazer já que estavam com muito trabalho, para aproveitarem os benefícios: “Ah, mas não vai dá, e a gente respondia que tudo bem. É uma construção difícil. **A gente está buscando um local fixo, porém não está dando certo, porque não tem espaço. Salão de evento vive ocupado, e o terceiro andar do banco de leite também. Os dias que eram para ter o servidor não aparece. Por que? Porque não é uma coisa fixa**”.

A questão ora posta, da descontinuidade, envolve ainda a discussão sobre as trocas de gestão no serviço público. Ações planejadas pela gestão anterior, consideradas, dentro de uma política de saúde, importantes no contexto de saúde do trabalhador, mas que foram retiradas do planejamento da gestão atual.

Nesse sentido, o enunciado do E12 sobre serviços planejados, dentro de uma política de saúde da trabalhadora, que com a nova gestão optou por dar continuidade.

E12: “No tempo da doutora Rosângela, **ela pensou mais duas coisas para a Santa Casa, as servidoras fazer preventivo, porque ainda se morre muito de câncer de colo de útero, e o exame de mama**, fazer esse programa que a Santa Casa fizesse o teste e o acompanhamento aqui, das servidora que estão nessa condição, entendeu, porque a Santa Casa é uma empresa feminina, 90% do quadro funcional é de mulheres. e outra coisa, a Santa Casa da mulher, da saúde da mulher e da criança. **Mas, isso nunca deslanchou, nunca foi para frente. Ela saiu e não conseguiu. Mas, a gente ia montar estava tudo projetado, até o material que seria usado para coleta**”. Então isso morreu. **Porque veio outro presidente, e você sabe que tem coisas que a gente idealiza, mas se não vier da alta gestão tu não consegue deslanchar. Parou na doutora Rosângela.** E, ela era mulher também e tinha essa consciência. Ela queria que a Santa Casa fizesse isso pela servidora, ultrassom da mama e a mamografia, tudo isso ela queria que fizesse e que a gente controlasse. Como eu sou uma empresa que cuida da saúde da mulher, da criança e eu não vou fazer isso com a minha servidora? Então isso foi uma coisa que ela idealizou, mas que breçou”. (Grifo nosso).

No mesmo caminho do enunciado do E12, a fala do E19 sobre o atendimento clínico pelos médicos do trabalho. Que era oferecido aos servidores da FSCMP, e que

deixou de existir, permanecendo somente o atendimento básico de periódico, admissional e demissional.

E19: “É como ocorre com as médicas do trabalho, que antigamente faziam esse acompanhamento. Servidor sentia alguma coisa e era atendido. Só que aqui não tem medicação. Se o servidor se queixa de dor de cabeça ou de um mal-estar, uma tontura, verifica-se a pressão, a temperatura. Mas, para o médico te afastar, realmente, tem que ser um caso mais grave tipo você cair e torcer o pé, um machucado para ser diretamente afastado. Mas, se for um mal estar você tem que ir na urgência, porque aqui não tem esse amparo. **E, elas não podem fazer isso, pois não estão autorizadas”.**

Como se vê, o setor da CSAT passa por um momento de desarticulação de algumas medidas voltadas à valorização do servidor. São situações que podem, a longo prazo, gerar insatisfação, o sentimento de não ser reconhecido.

4.4. Guia preventivo em saúde mental

4.4.1 Educação em saúde mental no âmbito hospitalar

Entre os objetivos específicos da pesquisa se encontra a elaboração de guia preventivo em saúde mental.

A educação em saúde do trabalhador é uma prática importante para comunicar a prevenção de potenciais riscos e o cuidado com a saúde. Para Ferreira e Matos (2013), a educação para a saúde no ambiente de trabalho se revela importante, considerando que o trabalhador passa boa parte do seu dia no local de trabalho. Deste modo, salutar que no mesmo ambiente o trabalhador reflita sobre sua saúde.

Os autores esclarecem sobre as ações educativas previstas em lei e de caráter obrigatório. Mas, advertem para a necessidade de práticas educativas que alcancem outras dimensões que não somente a saúde física.

Portanto, a educação em saúde mental do trabalhador é um tema importante, e que precisa ser disseminado.

Isto posto, a consecução do objetivo de pesquisa ocorreu com a verificação inicial da existência de algum material educativo/informativo em prevenção à saúde mental, no âmbito da FSCMP.

Desta forma, o roteiro de entrevista semiestruturada dispunha de duas perguntas: “Você considera importante que a Fundação aborde o tema saúde mental com seus colaboradores?”; e “Existe algum instrumento de divulgação do tema saúde mental entre os servidores?”.

Outrossim, coletou-se a opinião de cada entrevistado sobre a elaboração do guia preventivo: “A elaboração da cartilha informativa, no formato PDF, para ser disponibilizada na intranet, é um instrumento válido?”

4.4.1.1 A importância de abordar o tema

Acerca da abordagem do tema saúde mental no âmbito da FSCMP, os entrevistados foram unânimes em afirmar sua importância. O E3 especificou a natureza estressora de algumas atividades, como na UTI, e os riscos envolvidos, com possibilidade de desorientação e depressão, por isso o destaque:

E3: “Nem tem como não abordar, entendeu. Não tem, porque, assim, percebendo a necessidade desse Trabalhador de ter um espaço em que ele possa ir e possa dialogar; percebendo que é uma atividade estressora, em alguns setores. Têm setores que a pessoa não vê se está claro ou se está escuro, UTI, por exemplo, acaba sendo muito estressante o barulho dos equipamentos. Têm setores também que as pessoas precisam, por exemplo, estar muito atento se não está perdendo audição. Então isso remete, também, às vezes. A gente já teve pessoas que perderam e que ficaram muito desorientadas, e entraram em depressão, entendeu. Então a saúde mental ou a falta da saúde mental, é uma possibilidade concreta, né? Dentro de um hospital de grande porte, como o nosso, e que se juntam pessoas de vários conhecimentos, com várias culturas, com várias histórias’.

O E12 pontuou a importância de não se ter muito pudor ao tratar do tema, em vista do aumento de casos. Esse enunciado é corroborado pela fala do E6, E10 e E18, quando diz que o tema não é muito abordado na Fundação e que há muitos servidores com depressão.

E12: “A Saúde do Trabalhador não pode ter muito pudor em tratar disso, porque a Santa Casa está sendo alastrada por isso. Tem muita gente adoecida. Tem muita gente que não é consciente ou é consciente e não quer se tratar, e vai cada dia mais se afundando, porque a doença mental é assim. Se tu não tomar providência no início, quando tu ver tu estás afundada, completamente sem condições de trabalho, entendeu? Porque isso tudo aconteceu comigo, eu vivi isso na pele, da doença mental. E eu continuo em tratamento”.

E6: “Muito importante, sim. Nós temos muitos trabalhadores aqui com adoecimento mental, muito. Muitos afastamentos e situações, assim, que eu já considero de médio a grave”.

E10: “Muito importante. Não só a CSAT, mas a Instituição como um todo alavancar essas campanhas. A gente vê até o Estado, pouco se fala. Veja a SESP. Pouco se vê campanhas sobre o adoecimento mental. Não se vê o Estado se preocupando com isso. Os índices têm mostrado um aumento grande de servidores adoecidos por questão de saúde mental”.

E18: “Muito, muito, muito importante. Porque eu acho que não se fala tanto em saúde mental. Não fala. É muito vago. É muito vago. Porque, às vezes, você só ver o funcionário trabalhando, só quando o funcionário está bem. E tem muita gente que tem depressão, que está triste, mas não demonstra. Vai demonstrar para quê se não adianta”.

O E14 relata a existência de muita cobrança, e que a abordagem do tema com os servidores seria uma contrapartida. O E 16 considera importante a abordagem por conta da correria do dia a dia. E o E19 relaciona a importância da fala em saúde mental à existência de pessoas que estão trabalhando doentes.

E14: “Com certeza. Porque a gente é muito cobrado, e poderia ter uma contrapartida da instituição, principalmente, nessa época”.

E16: “Sim, eu acho muito importante. Na correria do dia a dia, a gente acaba não conversando. E às vezes a pessoa do lado está precisando, e tu não estás vendo, né?”

E19: “Com certeza. Se você for observar por setor, vai ver que há muitas pessoas que trabalham que se fecham naquele mundinho dele, fazem a atividade que tem que fazer, não conversam e vai embora para casa”.

Veja-se também os enunciados demais:

E1: “Com certeza”.

E2: “Sim”.

E4: “Sim”.

E5: “Sim”.

E7: “Sim. Com certeza!”

E8: “Sim. Com certeza. É muito importante”.

E9: “Sim”.

E11: “Sim. Com certeza”.

E13: “Com certeza. Eu sou a favor disso.”

E15: “Sim”.

E17: “Sim. Eu acho”.

E20: “Com certeza”.

Portanto, todos os entrevistados reconheceram a importância de se abordar o tema na Fundação.

4.4.1.2 Os instrumentos de divulgação existentes

A maioria dos entrevistados (E4; E5; E6; E8; E9; E11; E12; E13; E14; E16; E17; E19) afirmaram desconhecer a existência de algum instrumento de divulgação do tema saúde mental entre os servidores.

E4: “Não há divulgação e nem interesse, porque a gente tem que correr atrás”.

E5: “Não temos”.

E6: “Olha, eu não conheço”.

E8: “Não sei”.

E9: “Não”.

E11: “Eu desconheço”.

E12: “Ainda não. Porque, justamente, nós ainda não temos uma política. Porque nós temos que determinar, enquanto instituição, uma política para tratar as doenças mentais no âmbito dos trabalhadores. E isso ainda não existe, porque não é só a CSAT que vai construir, é uma discussão ampla, geral com as lideranças e o presidente. Tem que ser uma coisa institucional”.

E13: “Pelo tempo que eu estou aqui... Eu ainda não vi isso ainda aqui na Santa Casa”.

E14: “Que eu me lembre agora, acho que não”.

E16: “Eu não tenho conhecimento disso”.

E17: “Olha, que eu tenha conhecimento, não”.

E17: “A gente tem outro problema em relação a divulgação. A gente não tem uma parceria de divulgação satisfatória. Mas, a gente está na luta. Vamos tentar ver de outra maneira”.

E19: “Não. Que eu me lembre, não”.

Apenas três entrevistados (E1; E2; E18) citaram as campanhas/eventos nacionais (janeiro branco e setembro amarelo) como instrumentos de divulgação em uso na FSCMP.

E1: “Um exemplo, hoje, as campanhas de combate ao suicídio, setembro amarelo. São campanhas bastante robustas, assim, mas ainda são muito incipientes”.

E2: “Ainda não. A gente faz nos eventos, tipo, janeiro branco, a gente chegou a fazer cartilha, folder, mas era para esses eventos pontuais. Não ficou disponível depois”.

E18: “tem a campanha do amarelo”.

Os setores da Informática e da Assessoria de Comunicação foram citados por dois entrevistados (E7; E10) como apoio em divulgar as ações e os eventos.

E7: “Olha, tem GTIN, que é responsável pelas divulgações de todas as nossas ações”.

E10: “A gente tem o apoio da ASCOM, né. Quando tem os eventos. Não existe nenhuma cartilha, ainda não conseguiram alcançar esse patamar.”

E um entrevistado (E3) reportou que há momentos que o tema é disponibilizado para amplo debate.

E3: “Nós temos momentos que a gente disponibiliza esse tema para uma discussão mais ampliada... Então, assim, a gente precisa expandir isso para outras tecnologias também”.

A Fundação tem abordado o tema da saúde mental nos meses de campanha nacional (janeiro branco e setembro amarelo).

O que configura uma forma de divulgar e debater o assunto com os servidores. Mas, diante da baixa adesão relatada pelos entrevistados, a busca por outros mecanismos se apresenta importante, como o material informativo em PDF a ser disponibilizado na Intranet, para acesso de todos os colaboradores.

4.4.1.3 Validade do material informativo

Quanto ao material didático proposto, 85% (oitenta e cinco por cento) dos entrevistados (E1; E3; E4; E5; E6; E7; E8; E9; E10; E11; E14; E15; E16; E17; E18; E19; E20) consideraram válida a sua elaboração.

E1: “Com certeza. Tudo isso agrega”.

E2: “sim”

E3: “Perfeito. Inclusive, tem grupo de escuta, CVV. E, assim, é muito importante isso porque nós já tivemos situações que a gente até considerou como suicídio. A pessoa utilizou o medicamento”.

E3: “Eu acho que seria bem interessante relacionar esses lugares de atendimento, mas também esses grupos que fazem essa escuta, que dão alguma orientação”.

E4: “Precisa, sim, de uma maior divulgação. Mas, da feita que tu entras no plantão, mana, em uma UTI. Então, é meio complicado. É muita coisa”.

E5: “É uma boa uma cartilha. Eu acho que isso tem que ser bem divulgado, né? Bem divulgado. Em todos os meios tem que ser divulgado. Assim, as redes de apoio, até como você perceber, assim, algumas coisas pequenas, né, para que você possa dar apoio, uma orientação. Porque tem certas coisas, assim, do doente mental, que quando essa pessoa está começando, você nota”.

E6: “Muito bom. Muito interessante mesmo”.

E6: “Aí, você já vai colocar os sinais e sintomas, para a pessoa identificar. É muito bom”.

E7: “Vai ser ótimo”.

E8: “Seria ótimo. Muito bom”.

E9: “O processo educativo é muito bom. A informação é uma arma poderosa. Informação para gente fazer boas escolhas. eu acho que sim, mais uma ferramenta viável, importante”.

E10: “Importantíssimo. Muito importante, até porque como a gente tem uma rotatividade muito grande de servidores dentro da Santa Casa, a divulgação é importante”.

E11: “Interessante. Bem interessante. É válido. Realmente, não tem um instrumento que tenha esse foco. O profissional nem sempre está preparado para reconhecer isso, tipo eu estou precisando de ajuda, eu estou abalado psicologicamente. Então, assim, tem essa resistência em procurar ajuda, de reconhecer, essa consciência. Por isso, que eu te disse, talvez quem esteja trabalhando aqui na Saúde do Trabalhador talvez esteja mais preparado que em outros setores”.

E14: “Sim. Os resultados desse problema podem ser muito trágicos no Hospital. O servidor que vem trabalhar depressivo, alcoolizado. Já pensou se ele trabalha com bebê, com puérperas? Isso pode ser uma tragédia”.

E15: “Eu acho válido, sim”.

E16: “É. Porque, às vezes, ele não gosta de se mostrar, né, com o problema, ou, às vezes, não aceita, tem dificuldade para aceitar”.

E17: “Eu acho excelente. Muito legal”.

E17: “Tomara que você consiga colocar na intranet, porque eu estou tentando colocar já faz um tempo”.

E18: “Muito bom! Excelente! Excelente, porque a leitura verbal a gente esquece. Agora a leitura escrita você guarda, você põe em qualquer lugar, e sempre está lendo. Isso é muito bom. Parabéns pelo teu pensamento e iniciativa”.

E19: “Muito bom. E pela internet será muito mais fácil, porque você não tem que se deslocar do seu setor para assistir uma palestra ou pegar um folder, algo de concreto”.

E20: “Seria como um guia de orientação. Bom”.

Os demais entrevistados apresentaram opiniões diversas. O E12 defende que primeiro seja elaborada uma política institucional de tratamento das doenças mentais para os servidores. Por fim, o E13 defende um atendimento, no âmbito da FSCMP, específico para os servidores.

E12: Que a Santa Casa tenha uma política institucional de tratamento das doenças mentais para servidores, e que seja elaborada essa cartilha de orientação e divulgada no contexto toda Santa Casa, para a gente começar a desmistificar a doença mental, que ela deixa de ser um tabu.

E13: Eu até acho, na minha opinião, Patrícia, que nós deveríamos ter um atendimento aqui na santa casa, para o servidor, específico para o servidor.

Sobre a questão posta pelo E12, da necessidade de elaboração de uma política institucional em saúde mental, no âmbito da FSCMP, diga-se que, na atualidade, a única política que trata do tema saúde do trabalhador é a Política de Gestão com Pessoas (FSCMP, 2017).

4.4.2 Do Produto

O material informativo foi produzido no formato de cartilha digital, visando promover a disseminação de informações sobre saúde mental entre os servidores públicos da FSCMP, e contribuir para o combate ao preconceito e estigmas ainda tão presentes na sociedade.

A saúde mental é um tema de grande relevância no contexto atual, tanto pelo crescente número de casos de transtornos mentais, como pelo cenário mundial de pós-pandemia por COVID-19, ora enfrentado.

Para a elaboração da cartilha digital foi utilizado o programa... e Microsoft Word, com posteriormente conversão do material para o formato PDF. As imagens do material foram extraídas do Google e do Pinterest de domínio público.

Para a composição da cartilha digital a fonte escolhida foi a times new roman, espaçamento de 1,5 com capa, apresentação, desenvolvimento e referências.

Os capítulos foram organizados como o seguinte roteiro:

1. SAÚDE MENTAL;
2. SAÚDE MENTAL & TRABALHO;
3. PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS;
4. COMO PREVENIR;
5. ONDE ENCONTRAR AJUDA;
6. OUTRAS REDES DE APOIO

No primeiro capítulo, abordou-se o conceito de saúde mental e a sua importância para a promoção de melhor qualidade de vida. O segundo capítulo faz referência ao papel dicotômico do trabalho como fonte de prazer e de adoecimento.

Os principais transtornos são abordados no terceiro capítulo, com os sintomas relacionados para, então, listar, no quarto capítulo, as formas de prevenção. O quinto e sexto capítulos tratam, respectivamente, da Rede de Atenção Psicossocial disponibilizada pelo SUS e outras redes de apoio.

O encerramento do material se dá com um trecho da música “O que é, o que é? ”, de autoria de Gonzaguinha.

Em termos de orçamento, a cartilha digital não demandará custos adicionais, além do que a FSCMP já dispõe para a manutenção da sua rede de computadores de acesso restrito (INTRANET).

Por fim, a disponibilização do material em formato PDF, permite o download em diversos meios eletrônicos, possibilitando maior alcance de servidores.

4.5 Comparação dos resultados

Por meio da pesquisa quantitativa foi possível verificar que os três principais transtornos mentais que acometeram os servidores da FSCMP, no período investigado, foram: os transtornos de ansiedade, a depressão e o stress e transtornos de adaptação.

Quando realizada a comparação entre os períodos de 2018-2019, anterior a pandemia, e 2020-2021, durante a pandemia, observou-se que houve um aumento de 51,35% dos casos de ansiedade e de 33,33% dos casos de transtornos de bipolaridade. O que converge com o enunciado dos entrevistados que referiram o aumento do número de servidores adoecidos mentalmente. A própria OMS já havia se manifestado sobre o aumento do número de casos de ansiedade no mundo, o que se intensificaria com a pandemia.

Por outro lado, e ainda na comparação dos períodos relacionados acima, houve a redução dos casos de depressão em 22,06%, e dos casos de stress e transtornos de adaptação em 419,05%.

Na análise descritiva por cargos, e com respeito ao período total investigado, restou evidente que os profissionais mais atingidos por algum tipo de transtorno mental são: os técnicos de enfermagem, os enfermeiros e os agente de artes práticas.

Porém, na comparação do antes e durante a pandemia, os dados demonstraram que as categorias mais afetadas foram: enfermeiros, agentes de artes práticas, médicos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fisioterapeutas e técnicos em segurança do trabalho.

Concomitante à análise quantitativa, procedeu-se à pesquisa qualitativa, que permitiu verificar que a FSCMP tem realizado algumas ações voltadas para a prevenção em saúde mental. Os principais setores envolvidos nas ações são a CSAT e a GESP.

A CSAT desenvolve as ações de escuta psicológica/acolhimento e as práticas integrativas (reiki, auriculoterapia e ginástica laboral). E a GESP atua por meio de rodas de conversas. Inclusive, foram realizadas rodas de conversas durante a pandemia, nos setores considerados mais estressantes. Essas práticas preventivas já foram alvo de estudo por outros pesquisadores que evidenciaram a eficácia no combate à ansiedade, depressão e stress, como já abordado antes.

A respeito da prevenção por meio da educação em saúde, foi verificado que a fundação tem atuado neste campo mediante as campanhas nacionais alusivas ao “janeiro branco” e ao “setembro amarelo”. Mas, não detém nenhum instrumento educativo/informativo sobre o tema saúde mental que fique à disposição dos servidores.

Outrossim, a pesquisa permitiu ainda identificar limitações à ampla prestação dos serviços oferecidos pela CSAT, e que dizem respeito às condições de trabalho, que não se apresentam satisfatórias. Somam-se a isso, a baixa adesão aos serviços pelos servidores, o preconceito e o estigma em saúde mental e a descontinuidade dos serviços. São situações que impedem o alcance de melhores resultados pela CSAT, no campo da prevenção à saúde do trabalhador. E que, a longo prazo, podem ser fatores determinantes para o adoecimento da própria equipe da CSAT.

Ainda que com limitações, a pesquisa permitiu verificar que a FSCMP tem realizado medidas preventivas em saúde mental do trabalhador, com base nas práticas integrativas, escuta especializada e rodas de conversas. Contudo, de modo tímido, por conta dos poucos recursos que a equipe da CSAT dispõe.

O quadro limitante identificado na FSCMP pode ser descrito como um reflexo dos baixos investimentos existentes em saúde mental, nas Américas, como já foi citado na parte introdutória deste trabalho (OPAS, 2018). O nível de financiamento na área da saúde mental precisaria ser maior, como já defendido pela OPAS e reforçado

pelo Plano de Ação Integral de Saúde Mental 2013-2030 (OPAS, 2022), o que incluiu os locais de trabalho, diga-se, a saúde mental do trabalhador no âmbito do SUS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde do trabalhador é um tema em debate há anos. Intensificou-se no período da Revolução Industrial e o modo de produção capitalista, com profundas transformações dos processos de trabalho, resultando em impactos à saúde física e mental do trabalhador. Desse modo, se exigiu a edição de regimes de proteção à saúde e segurança, com avaliação dos fatores de risco e melhorias do ambiente de trabalho, a fim de prevenir possíveis danos à integridade psicofísica do laborista.

Em termos de saúde mental do trabalhador, esse diálogo é mais recente, em razão da emergência de proteção aos corpos expostos aos riscos das fábricas e das minas, bem assim, da própria história da saúde mental, permeada por estigmas e paradigmas de exclusão, que figuraram como névoa, impedindo maiores avanços e investimentos nessa área.

Investimentos esses que ainda estão muito aquém do necessário, sendo um ponto de preocupação na atualidade, diante do contínuo crescimento do número de casos de transtornos mentais no mundo. Trata-se de um debate de grande relevância em níveis político, econômico, social e cultural.

São questões que fundamentaram os estudos sobre os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da FSCMP, Unidade Materno-Infantil, com importante papel no cenário da assistência à saúde pública na Amazônia, e que se intensificaram com a chegada da pandemia, em 2020. Pois a situação de caos que se instalou no mundo, com os serviços de saúde, públicos e privados, superlotados, somados à necessidade de se impor medidas restritivas de isolamento e o elevado número de mortes diárias, compuseram um cenário de dor, medo e ansiedade com reflexos à saúde mental da sociedade, em geral, e do trabalhador da área da assistência à saúde, em particular.

Os profissionais da saúde tiveram que combater um inimigo invisível e sobre o qual muito pouco se sabia. Além disso, enfrentaram horas extenuantes de trabalho, tiveram que lidar com o elevado número de óbitos, inclusive, de familiares e colegas de trabalho e com a preocupação constante de não transmitir a doença aos seus entes queridos.

O sofrimento mental imposto por circunstâncias estressoras tão elevadas é um ponto de preocupação com a saúde mental da sociedade e desses profissionais que combateram, no pelotão de frente, a situação que assolou o mundo.

A investigação da situação da saúde mental dos servidores públicos da FSCMP permitiu evidenciar que os principais transtornos mentais que atingiram essa população, no período de 2018/2021, foram a ansiedade, a depressão e o estresse.

Contudo, o número de casos de transtornos de ansiedade aumentou em 51,35% (Antes 54 e durante a pandemia de covid-19, 111), nos dois anos da pandemia, 2020/2021, seguido dos casos de transtornos de bipolaridade, que aumentaram em 33,33% (Antes-6 e durante a pandemia de covid-19).

O aumento dos casos de transtornos mentais impõe cuidados. Inclusive, a orientação atual da OMS é nesse sentido, de maior atenção dos países membros. No caso da fundação, foi possível verificar algumas medidas preventivas em saúde mental dos servidores como a escuta psicológica/acolhimento; práticas integrativas (ginástica laboral, auriculoterapia e Reiki) e rodas de conversas.

São estratégias cuja eficácia na prevenção do estresse, da ansiedade e da depressão restou comprovada. O que demonstra a importância da implementação das medidas pela FSCMP. Como as práticas integrativas, que têm por foco o tratamento individual do trabalhador, nas suas queixas de saúde física e mental.

A escuta psicológica e as rodas de conversa, por outro lado, podem contribuir para mudanças na organização do trabalho. A primeira mediante a oitiva do servidor queixoso e intermediações internas que se apresentarem necessárias. A segunda, por meio da discussão dos processos e organização do trabalho, com a possibilidade de promoção de mudanças ainda mais significativas, por não tratar somente dos efeitos, mas das causas.

Porém, observou-se que os serviços prestados pela CSAT sofrem de limitações que carecem de atenção da alta gestão da FSCMP. As condições de trabalho, no tocante ao ambiente físico, suporte organizacional e carência de pessoal, necessitam de melhorias urgentes, até para evitar o adoecimento da equipe que cuida da saúde dos servidores. Além disso, há uma baixa adesão aos serviços. Essa limitação pode configurar um reflexo das condições de trabalho não adequadas da CSAT. Contudo, observou um perfil presente entre os profissionais da saúde, qual seja, o acúmulo de mais de um vínculo empregatício, somado à realização de plantões extraordinários. Por isso, a baixa adesão aos serviços pode também ser um reflexo da necessidade de se manter ativo. Nesse caso, a busca por tratamento de saúde pode configurar a perda dos plantões extras, com impactos na renda familiar. Uma ideologia negativa de defesa, como afirma Dejours (2015) ? É possível.

Outra limitação observada foi o preconceito e os estigmas em saúde mental. O servidor que não busca ajuda ou não quer que saibam do seu adoecimento mental, por medo de ser tachado de “doido”, de “louco”, ainda é uma realidade e precisa ser enfrentado de forma mais intensa. Os estigmas de colegas e lideranças que têm uma visão de que aquele servidor adoecido é preguiçoso ou é problemático.

Por fim, em tempos de pós-pandemia, as medidas devem ser intensificadas e não descontinuadas, como foi verificado na pesquisa. Onde serviços como o Reiki padece de restrições, e outros foram desconsiderados na troca de governo, como a intensificação de ações em saúde mulher.

O que é um contrassenso. O Hospital que presta assistência à saúde da mulher e da criança, não considerar pertinente prestar assistência à saúde das próprias servidoras, que compõem o maior percentual do corpo ativo de profissionais.

O fluxo das coisas, como foi referido por um entrevistado, é nobre, porém, o serviço da CSAT padece de um maior olhar da gestão superior, no caso, do nível estratégico e tático, a fim de proceder melhorias quanto às condições de trabalho.

Deve-se intensificar as ações preventivas adotadas, principalmente as rodas de conversa. Contudo, sem negligenciar as demais. Dar maior abrangência às práticas integrativas, pela importância que detêm, com espaços apropriados e um fluxo de atendimento das demandas.

A promoção de rodas de conversa não somente nos setores críticos, mas entre as lideranças e servidores sobre o tema saúde mental, para ouvir os próprios servidores acometidos e a percepção deles sobre a organização do trabalho.

Por fim, faz-se necessária a adoção de medidas, em todos os níveis, para combater o preconceito e os estigmas em saúde mental. Daí a importância do uso de materiais informativos, inclusive, no formato de digital, para o alcance do maior número de servidores.

A prevenção e a promoção da saúde mental somente serão possíveis com debates e investimentos que se fizerem necessários. Não necessariamente com custos elevados, se a fundação utilizar dos próprios suprimentos que já detém, humanos e materiais, adequando as práticas à realidade, dando a devida atenção ao servidor, para a sua real valorização.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Á. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1517-55452014000100007&script=sci_abstract. Acesso em: 13 mar. 2020.
- ARNAUD, F. I. M.; GOMES, V. L. B. Novas formas de gestão da força de trabalho do serviço público brasileiro e suas repercussões para o adoecimento mental: um estudo sobre os servidores de uma instituição judiciária. **Barbarói [on-line]**, Santa Cruz do Sul, n. 48, p.106-134, jul./dez. 2016. ISSN 1982-2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/barbaroi.v0i48.6949>. Acesso em: 20 set. 2020.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade [online]**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. ISSN 1984-0470. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>. Acesso em: 20 maio 2021.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; LORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 25-49. ISBN 978-85-98768-21-2. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39209>. Acesso em: 13 mar. 2020.
- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. Tradução e revisão científica: Juraci A. Cesar. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.
- BORDALO, A. A. B. **A misericórdia paraense**: ontem e hoje. Belém: Sagrada Família, 2000.
- BORGES, M. **Contribuições das práticas integrativas e complementares do programa Ânima na qualidade de vida no trabalho de colaboradores de uma universidade do extremo sul catarinense**. 2018. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Bacharelado em Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2018.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [1988]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 3 mar. 2020.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 18055, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n.º 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 4, 27 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Fazenda. Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016. **Boletim Quadrimestral sobre Benefícios por Incapacidade 2017**, Brasília, DF, n. 1, [2017?]. Disponível em: <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1º-boletim-quadrimestral.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Acolhimento**. Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acesso em: 20 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. Brasília, DF, 2008a. Disponível em: www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012**. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 849, de 27 de março de 2017**. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 702, de 21 de março de 2018**. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental**: o que é, doenças, tratamentos e direitos. Brasília, DF. Disponível em: www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental. Acesso em: 13 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.602, de 7 de novembro de 2011**. Dispõe sobre a Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho - PNSST. Brasília, 2011.

BRITO, Alexandre José Trovão. **O modelo gerencial de administração pública e sua aplicação no Brasil**: a mudança de paradigma na administração pública brasileira e a concretização dos princípios do direito administrativo. 2013. Disponível em: <http://www.ambito->

juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=13056. Acesso 29 out. 2018.

CARVALHO FILHO, J. dos S. **Manual de direito administrativo**. 34. ed. rev., atual. e ampl. São Paulo, Atlas, 2020.

CASA NOVA, S. P. de C. *et al.* **TCC: Trabalho de Conclusão de Curso: uma abordagem leve, divertida e prática**. São Paulo: Saraiva Educação, 2020.

CEBALLOS, A. G. da C. de. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**: Recife: [s.n.], 2015. p. 20.

Disponível em:

https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/3332/1/2mod_conc_saude_2016.pdf.

Acesso em: 20 mar. 2020.

CHRISTOPHE, D. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho.

Tradução: Ana Isabel Paraguay, Lucia Leal Ferreira. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

COMISSÃO INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil (Caso 12.237)**. Relatório n° 38/02, de 09 de outubro de 2002. Disponível em:

<https://www.cidh.oas.org/annualrep/2002port/brasil12237.htm>

Acesso em: 17 out. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA (Brasil). **Caso Ximenes Lopes vs Brasil**:

Corte Interamericana de Direitos Humanos: supervisão de sentença: sumário executivo. Disponível em:

https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/jspui/bitstream/123456789/485/1/Sumario_Executivo_Caso_Ximenes_Lopes_vs_Brasil.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS. **Caso Ximenes Lopes vs. Brasil**. Sentença 4 jul. 2006 (mérito, reparações e custas). Disponível em:

https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_149_por.pdf. Acesso em: 17 out. 2021.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Métodos qualitativo, quantitativo e misto**.

Tradução: Sandra Maria Mallmann da Rosa. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2021.

CRUZ, M. M. da. Concepção de saúde-doença e cuidado em saúde. *In*: GONDEM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (org). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENP/EAD, 2011. p. 21-33. Disponível em:

http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf. Acesso em: 30 jan. 2020.

DITTRICH, A. Psicologia, direitos humanos e sofrimento mental: ação, renovação e libertação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 18, n. 1, p. 46-55, 1998.

DOI 10.1590/S1414-98931998000100006. ISSN 1982-3703 Epub 21 Set 2012.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931998000100006>. Acesso em: 23 set. 2021.

DUARTE, M. de L. C.; SILVA, D. G. da; BAGATINI, M. M. C. Enfermagem e saúde mental: uma reflexão em meio à pandemia de coronavírus. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], v. 42, n. spe, 2021, e20200140. ISSN 1983-1447. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200140>. Acesso em: 17 jun. 2022.

FARIAS, E. F.; BARBOSA, A. P. Roda de conversa como instrumento na resolução de conflitos interpessoais no trabalho em departamento de uma instituição judiciária. *In*: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE GESTÃO DE PROJETOS, INOVAÇÃO E SUSTENTABILIDADE, 5., 2016, São Paulo. **Anais** [...]. São Paulo, 2016. Disponível em: <http://www.singep.org.br/5singep/resultado/635.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2022.

FARO, A. *et al.* COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estudos de Psicologia** [online], Campinas, v. 37, e200074, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200074>. Acesso em: 20 maio 2021.

FERREIRA, I. de O.; MATOS, S. S. de. Promoção de saúde no trabalho: uma estratégia de educação para saúde. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 2, p. 732-745, maio/ago. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.364>. Acesso em: 17 jun. 2022.

FERREIRA, N. do N.; LUCCA, S. R. de. Síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem de um hospital público do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 18, n. 1, p. 68-79, jan. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201500010006>. Acesso em: 17 jun. 2022.

FIGUEIREDO, G. Políticas de saúde mental no Brasil. **Consulex**: revista jurídica, Brasília-DF, v. 16, n. 320, p. 28-31, maio 2010.

FIGUEIREDO, M. F. **Direito fundamental à saúde**: parâmetros para sua eficácia e efetividade. Porto Alegre: Livraria do Advogado Editora, 2007.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. **Política de gestão com pessoas**. Belém: FSCMP, 2017.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. **Relatório de gestão 2018**. Belém: FSCMP, 2019. Disponível em: <https://santacasa.pa.gov.br/santa-casa-em-numeros/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. **Relatório de gestão 2019**. Belém: FSCMP, 2020. Disponível em: <https://santacasa.pa.gov.br/santa-casa-em-numeros/>. Acesso em: 20 mar. 2020.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. **Relatório de gestão 2020**. Belém: FSCMP, 2021. Disponível em: <https://santacasa.pa.gov.br/santa-casa-em-numeros/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ. **Relatório de gestão 2021**. Belém: FSCMP, 2022. Disponível em: <https://santacasa.pa.gov.br/santa-casa-em-numeros/>. Acesso em: 10 abr. 2022.

GAINO, L. V.; SOUZA, J. de; CIRINEU, C. T.; TULIMOSKY, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. [Online]**, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. ISSN 1806-6976. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.149449>. Acesso em: 23 mar. 2021.

GALVÃO, M. C. B.; PLUYE, P.; RICARTE, I. L. M. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. **InCID: Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 8, n. 2, p. 4-24, out./2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v8i2p4-24>. Acesso em: 17 jul. 2021.

GARRE, S. M. H.; SÁNCHEZ, B. de M. Antropología de la locura: de los paradigmas de exclusión e inclusión social al rearme neokraepeliano. **Mana [online]**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2020. ISSN: 1678-4944. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-49442020v26n2a206>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GODOY, S. de M. Argumentação e renovação institucional em Bresser Pereira: introdução à leitura de “construindo o estado republicano: democracia e reforma da gestão pública”. **Rev. Fac. Dir. Sul de Minas [online]**, Pouso Alegre, v. 27, n. 1, p. 243-272, jan./jun. 2011. ISSN 2447-8709. Disponível em: <https://www.fdsu.edu.br/revista-da-faculdade-de-direito-do-sul-de-minas/artigo/?artigo=67&volume=>. Acesso em: 30 out. 2018.

GOMES, V. A. F. M.; NUNES, C. M. F.; PÁDUA, K. C. Condições de trabalho e valorização docente: um diálogo com professoras do ensino fundamental I. **Rev. bras. Estud. pedagog.**, Brasília, v. 100, n. 255, p. 277-296, maio/ago. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.100i255.4146>. Acesso em: 17 jul. 2021.

HENRIQUES, A.; MEDEIROS, J. B. **Metodologia científica na pesquisa jurídica**. 9. ed., rev. e reform. São Paulo: Atlas, 2017.

JACQUES, M. da G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental & trabalho. **Psicologia & Sociedade [online]**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p. 97-116, jan./jun. 2003. ISSN 1807-0310. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822003000100006>. Acesso em: 20 mar. 2020.

KUREBAYASHI, L. F. S.; SILVA, M. J. P. da. Auriculoterapia Chinesa para melhoria de qualidade de vida de equipe de Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n.1, p. 117-23, jan-fev, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680116p>. Acesso em: 20 mar. 2020.

LABOISSIÈRE, P. Brasil tem maior número de casos de depressão na América Latina. **Agência Brasil – EBC**, 2017. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-02/depressao-brasil-tem-maior-prevalencia-de-casos-na-america-latina>. Acesso em: 13 mar. 2020.

LAPOLLI, C. A. R.; GOMES, Q. de S. **Escuta psicológica nas organizações: acolher, orientar e encaminhar**. 2019. 28 f. Artigo (Graduação em Psicologia) - Curso

de Graduação em Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

LAURENTI, R. Décima revisão da classificação internacional de doenças e de problemas relacionados à saúde (CID-10): a revisão do final do século. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**, v. 118, n. 3, mar. 1995. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/15603>. Acesso em: 20 set. 2020.

LOUREIRO, V. R. **A pesquisa nas ciências sociais e no direito**. 1. ed. Belém: Cultural Brasil; NAEA, 2018.

MARANHÃO, N. S. M. **Responsabilidade civil objetiva pelo risco da atividade: uma perspectiva civil-constitucional**. Rio de Janeiro: Método, 2010.

MARANHÃO, N. S. M. Meio ambiente do trabalho: descrição jurídico-conceitual. **Revista Direitos, Trabalho e Política Social**, v. 2, n. 3, p. 80-117, 2016. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/8774>. Acesso em: 7 jul. 2021.

MARCONI, M. DE A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MEDEIROS, J. B. **Redação científica de fichamentos, resumos, resenha**. 13. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

MINAYO, M. C. DE SOUZA. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. DE SOUZA. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

MOTTA, B. F. B.; PERUCCHI, J.; FILGUEIRAS, M. S. T. O acolhimento em Saúde no Brasil: uma revisão sistemática de literatura sobre o tema. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 121-139, jan./jul., 2014. ISSN 1516-0858. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582014000100008. Acesso em: 10 de jun. 2022.

NASCIMENTO, A. M. **Curso de direito do trabalho: história e teoria geral do direito do trabalho: relações individuais e coletivas do trabalho**. 22. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2007.

ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 7, n. 1, p. 128-141, mar./2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-47142004001012>. Acesso em: 12 jun. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/75837-oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de>. Acesso em: 13 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Aumenta o número de pessoas com depressão no mundo.** [S. l.]: OPAS, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/23-2-2017-aumenta-numero-pessoas-com-depressao-no-mundo>. Acesso em: 13 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Transtornos mentais.** [S. l.]: OPAS, 2020. Disponível em: www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839. Acesso em: 13 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção.** [S. l.]: OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>. Acesso em: 20 jun. 2022.

PALAZZO, L. dos S.; CARLOTTO, M. S.; AERTS, D. R. G. de C. Síndrome de Burnout: estudo de base populacional com servidores do setor público. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1066-1073, dez. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102013005000004>. Acesso em: mar. 2020.

PARÁ. Lei Complementar n. 003, de 26 de abril de 1990. **Diário Oficial do Estado**: n. 26.717, 10 maio 1990.

PARÁ. Lei Complementar n. 026, de 6 de outubro de 1994. **Diário Oficial do Estado**: n. 27.817, de 7 de outubro de 1994, e republicada no Diário Oficial do Estado n. 27.819, 13 out. 1994.

PARÁ. Lei complementar n. 52, de 30 de janeiro de 2006. **Diário Oficial do Estado**: n. 30.615, 2 fev. 2006.

PEDROSO, J. da S. **Loucura e assistência psiquiátrica no Pará (1833 a 1984)**. Belém: NAEA, 2008.

PEREIRA, A. S. **Meio ambiente do trabalho e o direito à saúde mental do trabalhador**: uma abordagem construtiva do meio ambiente do trabalho psicologicamente hígido a partir da relação entre os riscos psicossociais laborais e os transtornos mentais ocupacionais. São Paulo: LTs, 2019.

PEREIRA, Luiz C. Bresser. A reforma gerencial do Estado de 1995. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 7-26, jul./ago. 2000. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/download/6289/4880>. Acesso em: 13 mar. 2020.

PEREIRA, Luiz C. Bresser. **Construindo o Estado republicano**: democracia e reforma da gestão pública. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009.

PREVENÇÃO. *In*: Dicio, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2022. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/prevencao/>. Acesso em: 20 maio 2022.

RAMMINGER, T.; ATHAYDE, M. R. C. de; BRITO, J. Ampliando o diálogo entre trabalhadores e profissionais de pesquisa: alguns métodos de pesquisa-intervenção para o campo da Saúde do Trabalhador. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.18, n.11, p. 3191-3202, nov. 2013. ISSN 1413-8123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001100010>. Acesso em: 20 set. 2020.

REIS, K. D. dos. **A lógica gerencialista e a saúde mental do servidor público de uma instituição de ensino superior**. Orientador: Sérgio Henrique Barroca Costa. 2017. 135 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

SANTOS, Â. F. dos. Evolução dos Modelos de Administração Pública no Brasil. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, São Paulo, v. 1, n. 4, p. 848-857, jul. 2017. ISSN:2448-0959. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/administracao-publica-no-brasil>. Acesso em: 20 set. 2020.

SANTOS, F. G. F. P. DOS. **Governança ambiental**: demonstrativos contábeis para unidades de conservação de Ananindeua/PA. Orientadora: Ligia Terezinha Lopes Simonian. 2019. 167 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão Pública) – Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, 2019.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.

SERAFIN, A. de P.; BARROS, D. M. de. Apontamentos sobre a assistência aos portadores de transtorno mental. **Consulex**: revista jurídica, Brasília-DF, v. 14, n. 320, 26-27, maio 2010.

SERRA, M. V. G. B., PIMENTA, L. C., QUEMELO, P. R. V. (2015). Efeitos da ginástica laboral na saúde do trabalhador: uma revisão da literatura. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 4, n. 3, p. 197-205, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v4i3.436>. Acesso em: 17 jul. 2021.

SILVA, J. A. da. **Curso de direito constitucional positivo**. 43. ed., rev. e atual. Salvador: JusPODIVM; São Paulo, Malheiros, 2020.

SILVA, R. B.; BUENO, H. P. V. **A saúde mental e os principais motivos de afastamento do servidor público brasileiro**. Orientadora: Helen Paola Vieira Bueno. 2017. 18 f. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde Mental) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2017. Disponível em: <https://www.mpm.mp.br/portal/wp-content/uploads/2017/02/saude-mental-e-trabalho.pdf>. Acesso em: 10 out. 2018.

SIQUEIRA, D. P. **Tutela coletiva do direito à saúde**. Franca: Lemos e Cruz, 2011.

SONG, P.; KARAKO, T. COVID-19: real-time dissemination of scientific information to fight a public health emergency of international concern. **Bioscience Trends**

[online], v. 14, n. 1, mar. 2020. DOI 10.5582/bst.2020.01056. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32092748/>. Acesso em: maio 2021.

SOUZA, M. C. de *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf

TEIXEIRA, D. L. P.; SOUZA, M. C. A. F. de. Organização do processo de trabalho na evolução do capitalismo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 65-72, out./dez. 1985. ISSN 0034-7590. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-75901985000400007>. Acesso em: 20 set. 2020.

TEIXEIRA, D. L. P.; SOUZA, M. C. A. F. de. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online]**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 65-72, out./dez. 1985. ISSN: 2317-6369. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000028520>. Acesso em: 10 jun. 2022.

VIAPIANA, V. N.; GOMES, R. M.; ALBUQUERQUE, G. S. C. de. Adoecimento psíquico na sociedade contemporânea: notas conceituais da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Saúde Debate [online]**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 4, p. 175-186, dez. 2018. ISSN 2358-2898. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s414>. Acesso em: 20 set. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Summary report on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in New York from 19 June to 22 July 1946**. New York: United Nations; World Health Organization Interim Commission, 1946.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Termo de consentimento livre e esclarecido

Título do Projeto: Saúde e adoecimento mental no serviço público hospitalar.

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo deste projeto é analisar as questões que envolvem o processo saúde-doença dos servidores públicos da FSCMPA. Busca-se, por meio da presente pesquisa, identificar os tipos de transtornos mentais ou comportamentais apresentados pelos servidores, no período de 2018/2020, e verificar que medidas/ações preventivas em saúde mental a FSCMPA tem adotado.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: o (a) senhor (a) tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para pesquisa de mestrado sobre os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da FSCMPA. Se o (a) senhor (a) não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se o (a) senhor (a) decidir integrar este estudo, participará de uma entrevista individual que durará, aproximadamente, 1 hora, bem como utilizaremos o conteúdo da entrevista como parte do objeto de pesquisa.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio, por meio de smartphone e/ou gravador de voz. Estes áudios serão ouvidos pelo pesquisador responsável e serão marcados com um número de identificação durante a gravação e seu nome somente será utilizado com sua autorização, cuja solicitação será feita logo no início da entrevista. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. Os áudios serão utilizados somente para coleta de dados. Se o (a) senhor (a) não desejar ser gravado em áudio, respeitaremos o seu desejo e a entrevista poderá ser realizada de modo manuscrito.

RISCOS: o (a) senhor (a) pode achar que determinadas perguntas são descontáveis e/ou constrangedoras, porque as informações coletadas são sobre suas vivências pessoais/profissionais. Assim o (a) senhor (a) pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. No caso de receio sobre a confidencialidade e privacidade das informações, o acesso aos dados será restrito ao pesquisador responsável, evitando exposições.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará no desenvolvimento da pesquisa sobre os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da FSCMP, permitindo identificar características do fenômeno, favorecendo sua melhor compreensão, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo, o (a) senhor (a) fornecerá mais informações sobre a problemática para a própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome somente será utilizado com sua autorização. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa, caso eles próprios não tenham autorizado o uso. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual o (a) senhor (a) seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Possui vínculo com a Universidade Federal do Pará (UFPA), através do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública, Mestrado Profissional, do Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA), sendo a aluna: PATRÍCIA SUELY CAVALCANTE NONATO, OAB/PA 21.177, residente e domiciliada sito na Passagem Liberal, n. 100, Parque Guajará (Icoaraci), CEP 66821-110, sob a orientação da Prof.^a Dra. Ligia Terezinha Lopes Simonian.

As pesquisadoras (aluna e orientadora) estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que o (a) senhor (a) tenha.

Caso seja necessário, **contacte a pesquisadora/aluna** através do telefone celular: (91) 984718691, do e-mail: pattyonato78@gmail.com ou na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, sala da Comissão de Processo Administrativo Disciplinar e Sindicância (CPAD), localizada na R. Bernal do Couto, 911, Umarizal, Belém/PA, CEP 66055-080; ou entre em **contato com a pesquisadora/orientadora** através do telefone celular: (91) 98520-5998, do e-mail: simonianl@gmail.com ou no Núcleo de Altos Estudos Amazônicos/UFPA, localizado na Av. Perimetral, 1, Guamá, Belém/PA, CEP 66075750.

Em caso de dúvida de caráter ético, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FSCMP), no telefone 4009-2264.

O (a) senhor (a) terá uma via deste consentimento para guardar consigo, com fornecimento de nome, endereço e telefone de contato apenas para que a pesquisadora responsável possa lhe contactar, em caso de necessidade.

Eu _____ concordo em participar deste estudo.

Endereço: _____

Telefone de contato: _____

Belém, ____/____/____

Participante

Patrícia Suely Cavalcante Nonato
Pesquisadora - OAB/PA 21.177

Profa. Dra. Lígia Terezinha Lopes Simonian
Orientadora – PPGGP-NAEA-UFPA
Matrícula SIAPE-2178146

APÊNDICE B – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE MANUSEIO DE DADOS

Termo de compromisso para utilização de manuseio de dados

Eu, PATRÍCIA SUELY CAVALCANTE NONATO, OAB/PA 21.177, residente e domiciliada sito na Passagem Liberal, n. 100, Parque Guajará (Icoaraci), CEP 66821-110, endereço eletrônico: pattynonato78@gmail.com, mestranda pelo Núcleo de Altos Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará, pesquisadora do projeto de pesquisa intitulado “SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL NO SERVIÇO PÚBLICO HOSPITALAR”, declaro, para os devidos fins, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Comprometo-me com a utilização dos dados contidos na Coordenação de Saúde do Trabalhador (CSAT) da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, que serão manuseados somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP e da instituição detentora.

Comprometo-me a manter a confidencialidade e sigilo dos dados contidos nos relatórios, estatísticas, prontuários ocupacionais, arquivos e banco de dados, bem como a privacidade de seus conteúdos, mantendo a integridade moral e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Não repassaremos os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa, em que necessitemos coletar informações, será submetida para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados obtidos da pesquisa documental serão guardados de forma sigilosa, segura, confidencial e privada, por cinco anos, e depois serão destruídos.

Ao publicar os resultados da pesquisa, mantereí o anonimato das pessoas cujos dados foram pesquisados.

Belém, 27 de novembro de 2021.

Patrícia Suely Cavalcante Nonato
OAB/PA 21.177

Profa. Dra. Lígia Terezinha Lopes Simonian
Orientadora – PPGGP-NAEA-UFPA
Matrícula SIAPE-2178146

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO

1. Abertura da entrevista

IDENTIFICAÇÃO DO (A) ENTREVISTADO (A) (controle da pesquisadora)

Nome:
Telefone:
e-mail:
Cargo:
Escolaridade:

DADOS SOBRE A ENTREVISTA (controle da pesquisadora)

Local:	
Data:	Hora:
Forma de registro dos dados	() anotação () gravação em áudio outros: _____
Identidade do entrevistado deve ser mantida em sigilo:	() Sim () Não
Codificação da identificação:	

APRESENTAÇÃO E MENÇÃO DO INTERESSE DA PESQUISA (a serem explicitados ao entrevistado)

Dados do Pesquisador	
Nome: Patrícia Suely Cavalcante Nonato	
E-mail: pattynonato78@gmail.com	
Dados da orientadora	
Nome: Lígia Terezinha L. Simonian	
E-mail: simonianl@gmail.com	
Dados da organização	
Universidade Federal do Pará	Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
Tipos de Pesquisa: mestrado profissional	Linha: organizações públicas
Tema:	
Objetivo geral:	

2. Perguntas da entrevista

2.1 Perguntas aos servidores da CSAT

- Há quanto tempo você trabalha na Fundação?
- E na CSAT, você trabalha há quanto tempo?
- Quais as atribuições que você exerce aqui?
- Quais os serviços oferecidos pela CSAT?
- Na sua opinião, os serviços oferecidos pela CSAT atendem às necessidades dos servidores? Por quê?
- O que você pensa sobre a prevenção em saúde mental?

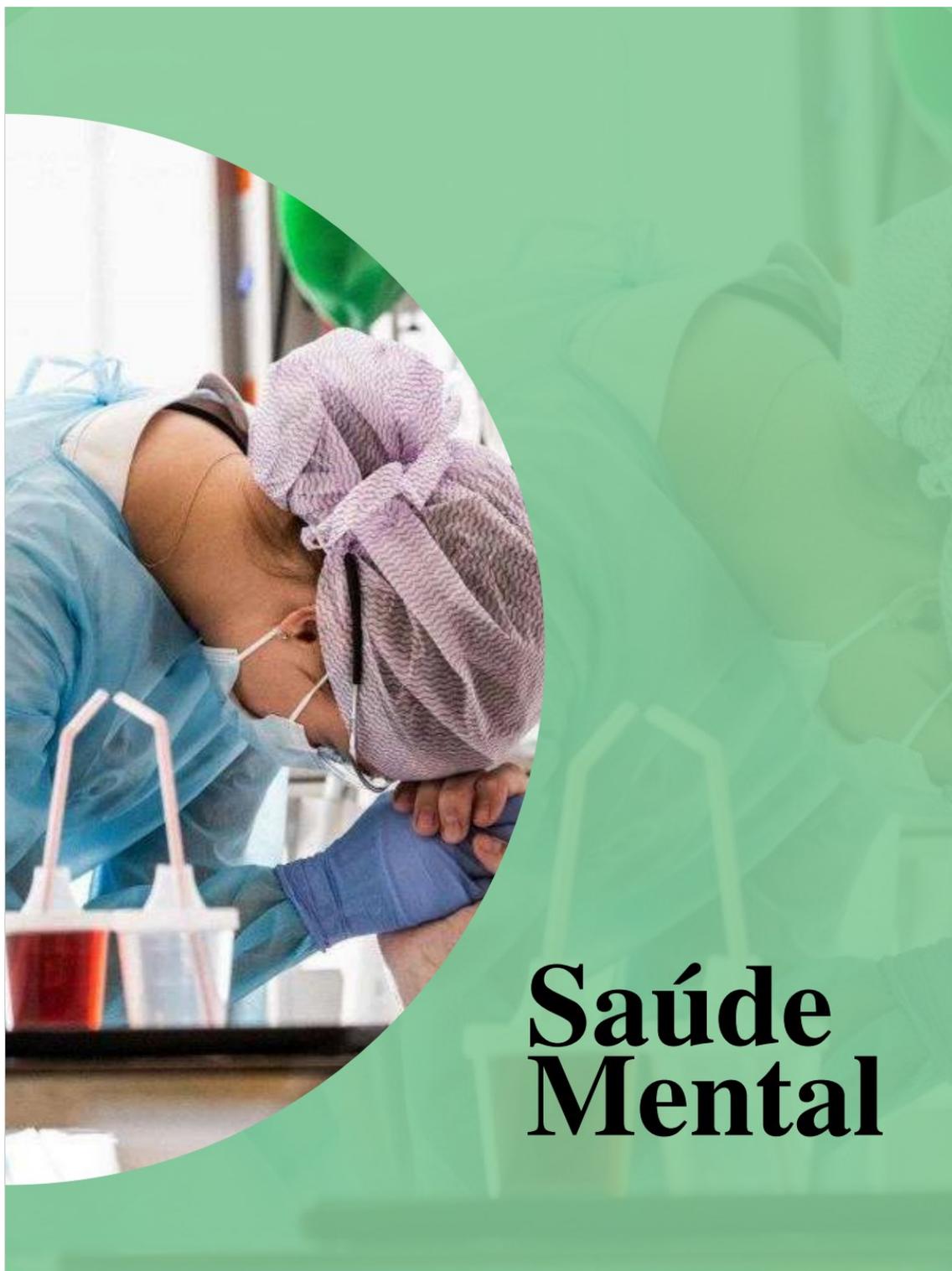
- De que forma a CSAT/GESP contribui para a prevenção em saúde mental dos servidores?
- Você considera importante que a Fundação aborde o tema saúde mental com seus servidores?
- Existe algum instrumento de divulgação do tema saúde mental entre os servidores?
- A elaboração da cartilha informativa, em formato PDF, para ser disponibilizada na intranet da FSCMP, é um instrumento válido?

2.2 Perguntas aos servidores da GESP

- Há quanto tempo você trabalha na Fundação?
- E na GESP, você trabalha há quanto tempo?
- Quais as atribuições que você exerce aqui?
- Quais os serviços ofertados pela GESP?
- O que você pensa sobre a prevenção em saúde mental?
- De que forma a GESP contribui para a prevenção em saúde mental dos servidores?
- Existe algum instrumento de divulgação do tema saúde mental entre os servidores?
- Você considera importante que a Fundação aborde o tema saúde mental com seus servidores?
- A elaboração da cartilha informativa, em formato PDF, para ser disponibilizada na intranet da FSCMP, é um instrumento válido?

Fonte: Elaborado pela autora com base Santos (2019), Minayo (2014).

APÊNDICE D - PRODUTO DO MESTRADO



**Saúde
Mental**

Apresentação

O presente material foi produzido com o fim de despertar o leitor para a importância dos cuidados em saúde mental para uma melhor qualidade de vida.

O número de casos de transtornos mentais aumentou, nas primeiras décadas do século XXI. E, com o advento da pandemia por Covid-19, estima-se que esse número aumentará ainda mais, em vista das situações extremas vivenciadas pela humanidade.

E a dor e o sofrimento mental experimentado pelo outro, nem sempre, são de fácil percepção, sendo, muitas vezes, mal compreendidos pelos demais.

Assim como acontece com outras doenças de ordem física, a doença mental pode gerar limitações significativas para a prática de atividades da vida cotidiana, inclusive, para o trabalho.

A informação é uma arma poderosa para difundir o conhecimento sobre o tema e derrubar falsos conceitos sobre a pessoa em sofrimento psíquico.

Deste modo, o informativo apresenta o conceito de saúde mental proposto pela OMS, qual a sua relação com o trabalho, os principais transtornos mentais e sintomas e a rede de apoio.

O informativo se encontra no formato PDF, a fim de facilitar a sua circulação.

A intenção é divulgar o tema, clareando o caminho a quem não se percebe em dor e sofrimento, não porque não detenha o saber, mas porque esse reconhecimento é difícil, realmente.

E contribuir para o combate ao preconceito e estigmas que a pessoa em sofrimento psíquico enfrenta na sociedade.



1. SAÚDE MENTAL

O ser humano é um ser integral com dimensões física, mental e social. Portanto, a busca por uma melhor qualidade de vida envolve cuidados não somente com o corpo, mas com a mente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental é um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade.

Porém, é preciso estar atento que situações estressantes e angustiantes podem levar o indivíduo a um nível de dor e sofrimento que impactam sua saúde mental. Como foi o caso da pandemia que assolou o mundo, em 2020, e que gerou sentimentos de pânico, medo, tristeza, perda e ansiedade por um amanhã ainda cheio de incertezas.

A intensificação com os cuidados com a saúde mental é fundamental para a prevenção e promoção da saúde, permitindo que o indivíduo desenvolva suas habilidades, quer pessoais quer profissionais, sentindo-se capaz de enfrentar as situações da vida.

Portanto, não deixe a sua saúde mental para amanhã!

"O homem como ser integral, ele precisa ter tempo para ele."
(E1- Trecho de entrevista realizada na CSAT)



2. SAÚDE & TRABALHO

A importância do trabalho para o ser humano ultrapassa à questão financeira. A possibilidade de desenvolver suas potencialidades e ser criativo, a realização pessoal e o reconhecimento são igualmente importantes para a satisfação do trabalhador, favorecendo a saúde.

Por outro lado, e a depender das situações, o trabalho pode gerar insatisfação, causando sofrimento que impacta a saúde mental do laborista.

Conforme a Organização Internacional do Trabalho (OIT), os fatores de risco psicossociais relacionados ao trabalho envolvem tanto as condições de trabalho como sua organização e as relações interpessoais.

A promoção de um meio ambiente do trabalho equilibrado é essencial para garantir a saúde do trabalhador.

(BAHIA, 2014; DEJOURS, 2015; MARANHÃO, 2016)



3. PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS

3.1 Transtorno de ansiedade

A ansiedade é a reação do nosso organismo a certas situações, que faz surgir diversos sentimentos como medo e nervosismo por fatos futuros.

Os transtornos de ansiedade se diferenciam da ansiedade normal do dia a dia, em razão da sua intensidade e frequência, que faz a pessoa se sentir imobilizada para a prática de atividades simples.

Sintomas:

- Preocupação, tensão ou medos exagerados que a pessoa não consegue relaxar;
- Falta de controle sobre os pensamentos, imagens ou atitudes que se repetem independentemente da vontade;
- Pavor depois de uma situação difícil.

(Fonte: ABRATA/2011; MS/BVS, 2011)



3. PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS

3.2 Depressão

A depressão é um transtorno mental que se caracteriza por uma tristeza profunda e persistente, pelo desânimo e baixa autoestima. Não se confunde com a tristeza por fatos da vida que a pessoa passa, mas que consegue assimilar com o passar dos dias.

Sintomas:

- Humor depressivo ou irritabilidade;
- Apatia, falta de interesse;
- Insônia ou aumento do sono;
- Pessimismo;
- Desânimo, cansaço fácil.

(Fonte: ABRATA/2011; MS/BVS, 2005)



3. PRINCIPAIS TRANSTORNOS MENTAIS

3.3 Estresse e transtorno de adaptação

O estresse é uma resposta do organismo diante de situações de perigo ou ameaça, que coloca o indivíduo em estado de alerta, ocasionando alterações físicas e emocionais. Trata-se de um mecanismo de alerta, necessários para que a pessoa fique mais atenta às situações que a coloque em risco, não sendo considerado uma doença, a princípio.

O transtorno de adaptação surge quando da inadaptação (desequilíbrio) do organismo ao mecanismo de alerta, por conta de alguma vulnerabilidade ou pela gravidade ou intensidade do estressor, com consequências graves para a saúde física ou mental.

Sintomas:

- Irritabilidade;
- Dificuldade para dormir;
- Lembranças angustiantes e pensamentos repetitivos constante sobre o evento;
- Sensação de estar oprimido;
- Perda de interesse por atividades diárias;
- Desesperança
- Redução da autoconfiança.

(Fonte: BVS/MS, 2012; LIPP, 2007)



4. COMO PREVENIR

Fazer boa gestão do seu tempo;
Investir em momento de qualidade com a família;
Ter tempo de lazer como medida terapêutica;
Se alimentar bem;
Descansar e dormir bem pelo menos 8h por dia;
Investir na espiritualidade;
Alinhar todas as áreas da vida;
Tente cultivar bons pensamentos;
Pratique meditação e outras terapias integrativas;
Pratique atividades físicas;
Priorize o sono;
Reconheça seus limites e busque ajuda quando necessário;
Participe de programas de apoio existentes em seu município.

(CEREST/MS, 2021)



4. COMO PREVENIR

4.1 Terapias integrativas e complementares

As terapias integrativas e complementares são estratégias de prevenção e promoção da saúde já reconhecidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), instituída desde 2006.

A CSAT/FSCMP conta com projetos de prevenção e promoção da saúde do servidor e da servidora, mediante a oferta de terapias. Estão disponíveis a terapia Reiki e a Auriculoterapia, que favorecem a diminuição dos níveis de estresse e ansiedade e dos sintomas da depressão, além de outros benefícios.

Outro projeto que se encontra em fase de implantação é a ginástica laboral, que contribui para diminuir os níveis de tensão no trabalho e de dor.

Portanto, são práticas que contribuem para uma melhor qualidade de vida.



5. ONDE ENCONTRAR AJUDA

A nível do SUS, foi estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que tem por objetivo a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A RAPS é integrada pelos seguintes componentes e pontos de atenção:

Atenção Básica em saúde	Unidade Básica de Saúde (UBS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Consultório de Rua; Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial	Centro de Atenção Psicossocial
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto-Socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento Adulto; Unidade de Acolhimento Infanto-Juvenil; Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Leitos de psiquiatria em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviço Residencial Terapêutico; Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Cooperativas Sociais; Empreendimentos Solidários e Iniciativas de trabalho e Renda

(Fonte: UFMA, 2018)

5. ONDE ENCONTRAR AJUDA

5.1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

O CAPS é um serviço de referência para casos graves, que necessitem de cuidados mais intensivos e/ou de reinserção psicossocial, e ultrapassem as possibilidades de intervenção conjunta das equipes de NASF e SF.

Em situações de demandas espontâneas, o CAPS deve realizar o acolhimento e a análise do caso, que se não tiver necessidade de acompanhamento nesse serviço deverá ser redirecionado para as UBS e NASF.

Conheça as modalidades de CAPS:

CAPS I	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. É indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 15 mil habitantes.
CAPS II	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.
CAPS III	Atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.
CAPS AD	Atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes.
CAPS III AD	Atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e fins de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. Indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 150 mil habitantes.
CAPSi	Atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Indicado para municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

(Fonte: UFMA, 2018)

6. OUTRAS REDES DE APOIO

6.1 Coordenação de Saúde do Trabalhador (CSAT)

A CSAT/FSCMP conta com assistentes sociais e psicólogas responsáveis por acolher o servidor e a servidora, fazer a escuta psicológica, orientação e, quando necessário, o encaminhamento para a RAPS.

O serviço psicossocial da CSAT ainda realiza o acompanhamento do servidor e da servidora que esteja em tratamento, físico ou mental, inclusive, nos casos que a readaptação funcional seja necessária.

6.2 Centro de Valorização da Vida (CVV)

O CVV é uma organização sem fins financeiros que realiza apoio emocional e prevenção do suicídio, atendendo voluntária e gratuitamente todas as pessoas que querem e precisam conversar, sob total sigilo por telefone, e-mail e chat 24 horas todos os dias. O acesso ao chat 24 horas e o envio de e-mail acontece pelo site da CVV.

- Site: <https://www.cvv.org.br/>
- Telefone: 188.

(Fonte: CVV, 2022)



Viver e não ter a vergonha
De ser feliz
Cantar, e cantar, e cantar
A beleza de ser um eterno
aprendiz
Ah, meu Deus!
Eu sei, eu sei
Que a vida devia ser bem melhor
E será!
Mas isso não impede
Que eu repita
É bonita, é bonita
E é bonita

(“O que é, o que é?”,
Gonzaguinha)

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS. Ansiedade: manual informativo. Disponível em: <https://www.abrata.org.br/site2018/wp-content/uploads/2019/07/TRANSTORNO-ANSIEDADE.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS. Depressão: manual informativo. Disponível em: <https://www.abrata.org.br/site2018/wp-content/uploads/2018/01/OS-2017-Manual-Paciente-Abrata-1-10-08-11.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2022.

BORGES, M. Contribuições das práticas integrativas e complementares do programa ânima na qualidade de vida no trabalho de colaboradores de uma universidade do extremo sul catarinense. 2018. Monografia (Graduação em Bacharelado em Enfermagem) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Curso de Graduação em Bacharelado em Enfermagem, Criciúma, 2018.

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. Suerda Fortaleza de Souza (Org.) - SESAB/SUVISA/DIVAST/CESAT - Salvador: DIVAST, 2014. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/276627/>. Acesso em: 16 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Caderno técnico de tratamento do transtorno de estresse pós-traumático. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Segurança Pública – SENAP, 2019. 194 p. Disponível em: <https://www.justica.gov.br/news/collective-nitf-content-1570038268.58/caderno-tecnico-de-tratamento-do-transtorno-de-estresse-pos-traumatico-tept.pdf>. Acesso em: 16 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Ansiedade. Brasília, 2011. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/ansiedade/>. Acesso em: 16 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Depressão. Brasília, 2005. Disponível em: <https://bvsm.sau.gov.br/bvs/dicas/76depressao.html>. Acesso em: 16 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. Estresse. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/dicas/253_estresse.html. Acesso em: 16 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 702, de 21 de março de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para incluir novas práticas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC.

CVV. CENTRO DE VALORIZAÇÃO DA VIDA. 2022. Disponível em: <https://www.cvv.org.br/>. Acesso em: 17 jun. 2022.

CHRISTOPHE, D. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay, Lucia Leal Ferreira. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

LIPP, M. E. N. Transtorno de adaptação. Bol. Acad. Paul. Psicol. São Paulo, v. 27, n. 1, p. 72-82, jun. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2007000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 set. 2021.

MARANHÃO, N. S. M. Meio ambiente do trabalho: descrição jurídico-conceitual. Revista Direitos, Trabalho E Política Social, [S. l.], v. 2, n. 3, p. 80-117, 2016. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rdtps/article/view/8774>. Acesso em: 7 jul. 2021.

MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde. Diretoria Geral de Vigilância em Saúde. Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador. Saúde mental da trabalhadora e do trabalhador. 2021. Disponível em: <https://www.vs.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha-Saude-Mental-CEVISTCEREST.pdf>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. Paola Trindade Garcia; Regimarina Soares Reis (Org.). São Luís: EDUFMA, 2018.

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL NO SERVIÇO PÚBLICO HOSPITALAR

Pesquisador: PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54913221.5.0000.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.238.434

Apresentação do Projeto:

Resumo:

As reestruturações dos sistemas produtivos importaram em transformações nos processos de trabalho, com impactos à saúde mental dos trabalhadores. O serviço público também passou mudanças, a fim de se coadunar às transformações impostas pelo sistema capitalista. Deste modo, busca-se investigar, pelo presente trabalho, quais os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da área hospitalar. O foco da pesquisa será a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, hospital público referência no atendimento materno-infantil. O objetivo geral do estudo é analisar as questões que envolvem o processo saúde-doença desses profissionais da saúde. Para tanto, definiu-se como objetivos específicos: i) Identificar os tipos de transtornos mentais ou comportamentais apresentados pelos servidores, no período de 2018/2020; ii) Verificar que medidas/ações preventivas em saúde mental a Fundação tem adotado; iii) Propor um guia de prevenção em saúde mental, no formato eletrônico, a ser disponibilizado aos servidores. No percurso metodológico, o método de pesquisa que será utilizado é o Dialético, com abordagem quali-quantitativa e as técnicas de pesquisa de documentação direta e indireta.

Hipótese:

Diante das questões expostas, e considerando que os investimentos em saúde mental ainda estão

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

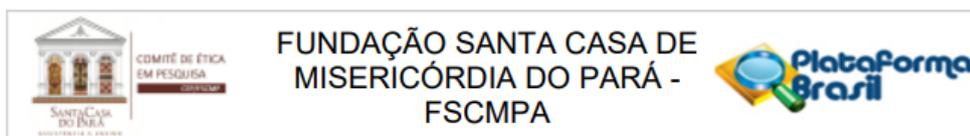
UF: PA

Telefone: (91)4009-2264

Município: BELEM

CEP: 66.050-380

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br

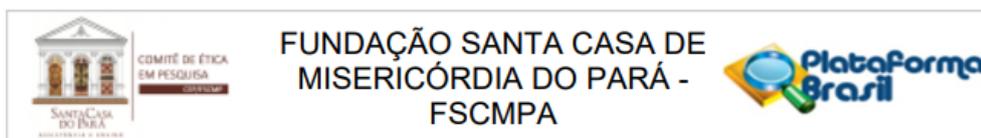


Continuação do Parecer: 5.238.434

aquém do necessário, tem-se que tanto as organizações privadas como as públicas precisam adotar medidas efetivas voltadas à saúde mental do trabalhador, no sentido da prevenção, promoção e recuperação da saúde. Esse apoio institucional é importante na valorização do profissional, contribuindo em todas as fases do processo, quer seja impedindo que o sofrimento mental se instale, quer seja colaborando para a recuperação da saúde do indivíduo. Desse modo, a disponibilização de um guia preventivo em saúde mental e trabalho é medida que visa facilitar a divulgação de informações importantes sobre o tema, a gerentes e servidores, no âmbito da FSCMPA, por meio da intranet. Além da disseminação da informação, trata-se de uma forma de valorização do servidor, e de diminuição dos preconceitos ainda existentes acerca do tema no meio dos profissionais de saúde. Favorece a sensibilização e contribui para a prevenção e busca de um tratamento eficaz.

Metodologia Proposta: A ciência se diferencia das demais formas de conhecimento por conta de seu caráter racional e procedimental, cujo fim é identificar as causas para os fenômenos que envolvem os seres humanos. Henriques e Medeiros (2017, p. 7-15) ensinam que a ciência é “[...] um campo de conhecimento com técnicas especializadas de verificação, interpretação e inferência da realidade [...]”, para os fins de controle dos eventos que tocam a humanidade. Essas técnicas especializadas orientam o pesquisador na condução da investigação, e são objeto de estudo do campo da metodologia, que, nas palavras de Minayo (2015, p. 14), significa o: Caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Ou seja, a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade). Portanto, este tópico foi reservado à classificação da pesquisa quanto aos métodos, técnicas e instrumentos a serem utilizados para a sua consecução. 3.1 Método Para o desenvolvimento da presente pesquisa, o método de abordagem que será utilizado é o Dialético. Este método pauta-se no debate, no argumento sobre a realidade, percebida não de modo estático, inalterado, mas em constante movimento, em processo. Meireles (2019, p. 38) compreende a Dialética como a “[...] arte do diálogo, arte de debater, raciocinar”, ainda que o termo receba significados distintos. Para Henriques e Meireles (2017, p. 42), a Dialética “[...] leva a uma interpretação dinâmica da realidade [...]”. O que significa dizer que, para a Dialética, os fatos sociais não devem ser interpretados isoladamente, mas devem considerar, na análise, as questões de ordem política, econômica e cultural. Não existe um consenso acerca do número de leis que o método possui. Marconi e Lakatos (2019, p. 100-107) as resumem em quatro leis fundamentais

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal **CEP:** 66.050-380
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2264 **E-mail:** cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.238.434

da dialética: a ação recíproca (as coisas estão relacionadas entre si e em movimento, condicionando umas às outras); a mudança dialética (que perpassa pela tese, antítese até chegar na tese); a passagem da quantidade à qualidade (a mudança contínua ou descontínua da quantidade até o alcance da mudança de estado); e a interpenetração dos contrários (a contradição interna é o ponto de partido para a mudança, para a transformação de estado). Entre os elementos essenciais do método dialético, Loureiro (2018, p. 260) considera a contradição e o antagonismo "um dos mais importantes". Conforme a autora, no estudo de "uma situação social ou um fato", que se pautem no método dialético, é apropriado o debate sobre as contradições internas. Neste trabalho, serão expostas as transformações pelas quais o trabalho passou. Essas transformações são percebidas de forma mais profunda na passagem do regime feudal para o capitalista, onde as condições desfavoráveis de trabalho ocasionaram o adoecimento e, até mesmo, a morte de muitos trabalhadores. Esse cenário de adoecimento laboral foi minimizado por meio de garantias de melhores condições de trabalho. Contudo, as contínuas reestruturações do regime capitalista e acumulação de bens impõem constantes mudanças nos processos de trabalho, e precarização do trabalho. Ressalte-se que, as primeiras garantias em saúde do trabalhador voltaram-se à saúde física do laborista. Apenas anos mais tarde a saúde mental relacionada ao trabalho será objeto de investigação. Isso porque o fenômeno da enfermidade mental esteve, por muito tempo, relacionado a fatores místicos. Somente na Idade Moderna ocorrerá uma mudança de paradigma, onde o fator orgânico será considerado como única causa para o surgimento do adoecimento mental, mas ainda sem relação com o trabalho. (Maiores informações, vide PROJETO DE PESQUISA original anexo)

Critério de Inclusão:

Livre consentimento em participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

A manifestação do desejo em não mais participar da pesquisa

Metodologia de Análise de Dados: Para atingir os objetivos de pesquisa propostos, optou-se pela abordagem quali-quantitativa. Esta abordagem é denominada por Creswell e Creswell (2021, p. 4) de pesquisa de métodos mistos. E, segundo os mesmos autores, trata-se de uma "abordagem de investigação" que combina ou integra dados qualitativos e quantitativos. Para a identificação dos tipos de transtornos mentais apresentados pelos servidores públicos, no período de 2018/2020, será aplicada a abordagem quantitativa, com levantamento e análise estatística descritiva dos

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

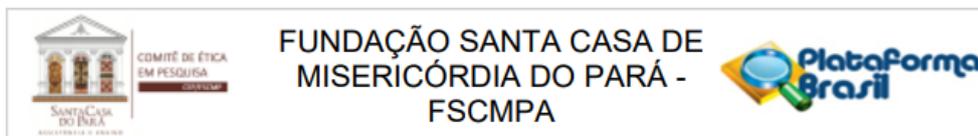
UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.050-380

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.238.434

dados, inicialmente. A seguir, realizar-se-á a análise estatística inferencial, para determinar se entre as frequências esperada e observada há diferenças significativas por meio de um teste Qui-quadrado, para os CID-10 analisados. Será realizada, ainda, análise semelhante para verificar se as frequências por faixa etária dos servidores acometidos por transtornos mentais são significativas. Poder-se-á avaliar os cargos que são mais acometidos pelos transtornos mentais e comportamentais em comento. Já para a verificação das medidas e/ou ações de prevenção em saúde mental adotados ou não pela FSCMPA, a abordagem de coleta de dados que será utilizada é a qualitativa, análise documental e entrevistas. As entrevistas serão realizadas com os servidores lotados na CSAT, acerca da rotina do setor e do acolhimento aos servidores adoecidos mentalmente; com os servidores lotados na Gerência de Gestão de Pessoas (GESP), e que prestem atendimento a servidores; e com servidores acometidos por algum transtorno mental ou comportamental, que aceita compartilhar sua história. Para a análise documental, realizar-se-á consulta aos relatórios de gestão dos anos de 2019 (referente ao ano de 2018), 2020 (referente ao ano de 2019) e 2021 (referente ao ano de 2020), a fim de verificar a existência de práticas voltadas à prevenção em saúde mental.

Desfecho Primário: Contribuirá para a produção do conhecimento científico de modo sistematizado. Considerando que permitirá, de início, a identificação dos principais transtornos mentais ou do comportamento que afligem os servidores públicos da FSCMP, a pesquisa servirá de norte para estudos futuros, como, por exemplo, pesquisas sobre a morbidade psiquiátrica desse grupo de profissionais. Outrossim, este trabalho evidenciará a realidade sobre as medidas que estão sendo adotadas pelas organizações públicas na prevenção do adoecimento mental dos seus profissionais, tema de relevância no cenário contemporâneo, em virtude do aumento dos casos de doenças mentais. Até em que medida essa preocupação com a prevenção em saúde mental existe, na prática, é uma análise que favorecerá, inclusive, a visibilidade de futuras readequações das organizações que se façam necessárias.

Objetivo da Pesquisa:

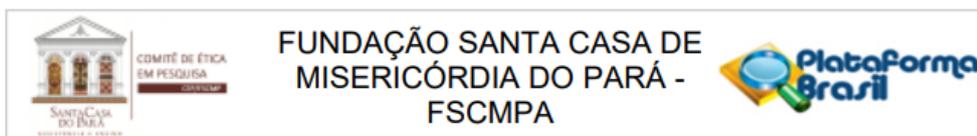
Objetivo Primário:

Analisar as questões que envolvem o processo saúde-doença desses profissionais da saúde.

Objetivo Secundário:

a) Identificar os tipos de transtornos mentais ou comportamentais apresentados pelos servidores, no período de 2018/2020, com base na Classificação CID 10, e nos atestados médicos e laudos

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal **CEP:** 66.050-380
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2264 **E-mail:** cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.238.434

apresentados na Coordenação de Saúde do Trabalhador da FSCMP (CSAT); b) Verificar que medidas/ações preventivas em saúde mental a Fundação tem adotado; c) Propor um guia de prevenção em saúde mental, no formato eletrônico, a ser disponibilizado aos servidores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O participante pode não se sentir confortável com determinadas perguntas. Porém, se sentir dessa forma pode manifestar o desejo em não responder, e será respeitado em seu desejo.

Benefícios: Ajudará no desenvolvimento da pesquisa sobre os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da FSCMP, permitindo identificar características do fenômeno, que favorecerá uma melhor compreensão do mesmo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos presentes e de acordo com a Resolução 466/12 e resoluções complementares

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa em consonância ética sendo liberada para sua execução

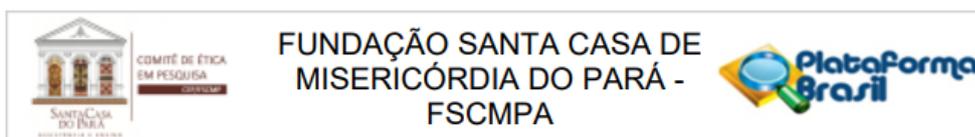
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após reunião do colegiado.

Conforme Resolução CNS 580/18, dentre outros:

- Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde;
- É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo.

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal **CEP:** 66.050-380
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2264 **E-mail:** cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.238.434

Conforme Resolução CNS 466/12, Capítulo XI, cabe ao Pesquisador Responsável, dentre outros:

- Aguardar a decisão de aprovação ética antes de iniciar a pesquisa;
- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

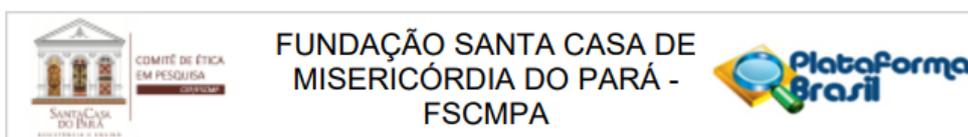
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1841426.pdf	10/01/2022 23:54:56		Aceito
Outros	TCUDCorrigido.pdf	10/01/2022 23:53:31	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECorrigido.pdf	10/01/2022 23:52:55	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito
Outros	Cartarespostapendencias.docx	10/01/2022 23:52:24	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/10/2021 23:36:13	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	25/10/2021 23:35:23	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal **CEP:** 66.050-380
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2264 **E-mail:** cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.238.434

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 11 de Fevereiro de 2022

Assinado por:
Gabriela Ribeiro Barros de Farias
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.050-380

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SAÚDE E ADOECIMENTO MENTAL NO SERVIÇO PÚBLICO HOSPITALAR

Pesquisador: PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54913221.5.0000.5171

Instituição Proponente: Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.381.321

Apresentação do Projeto:

Projeto do Programa de Pós-Graduação em Gestão Pública do Núcleo de Altos

Estudos Amazônicos da Universidade Federal do Pará- Mestre em Gestão Pública.

Transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil com data de 10/04/2022.

Emenda: Trata-se de EMENDA do item "a" do OBJETO SECUNDÁRIO, para fazer acrescentar o ano de 2021 no período de COLETA DE DADOS, anteriormente definido para 2018-2020, para 2018-2021. E, considerando que a Pandemia pela COVID 19 completou dois anos. Considerando ainda que o presente estudo, na abordagem QUANTITATIVA, pretende comparar os eventos em saúde mental que acometeram os servidores da FSCMPA nos dois anos que precederam a PANDEMIA (2018-2019), com os eventos de igual natureza ocorridos no momento PANDÊMICO. Nesse sentido, a presente EMENDA se apresenta pertinente e oportuna, posto que viabilizará a análise do aumento ou não do adoecimento mental daqueles profissionais no período da PANDÊMIA, comparado aos dois anos que a antecederam. A EMENDA do período de coleta de dados favorecerá, inclusive, os estudos sobre os impactos da PANDEMIA à saúde mental da população

Resumo: As reestruturações dos sistemas produtivos importaram em transformações nos processos de trabalho, com impactos à saúde mental dos trabalhadores. O serviço público também

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

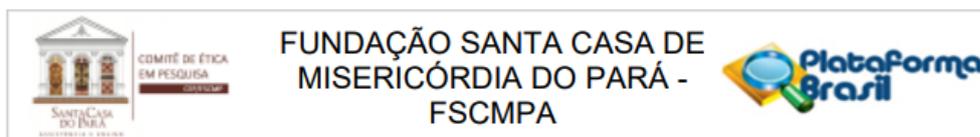
UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.050-380

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.381.321

passou mudanças, a fim de se coadunar às transformações impostas pelo sistema capitalista. Deste modo, busca-se investigar, pelo presente trabalho, quais os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da área hospitalar. O foco da pesquisa será a Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, hospital público referência no atendimento materno-infantil. No percurso metodológico, o método de pesquisa que será utilizado é o Dialético, com abordagem quali-quantitativa e as técnicas de pesquisa de documentação direta e indireta.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do estudo

Analisar as questões que envolvem o processo saúde-doença desses profissionais da saúde.

objetivos específicos:

- i) Identificar os tipos de transtornos mentais ou comportamentais apresentados pelos servidores, no período de 2018/2021 (PROPOSTA DE EMENDA);
- ii) Verificar que medidas/ações preventivas em saúde mental a Fundação tem adotado;
- iii) Propor um guia de prevenção em saúde mental, no formato eletrônico, a ser disponibilizado aos servidores.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O participante pode não se sentir confortável com determinadas perguntas. Porém, se sentir dessa forma pode manifestar o desejo em não responder, e será respeitado em seu desejo.

Benefícios: Ajudará no desenvolvimento da pesquisa sobre os problemas de saúde mental enfrentados pelos servidores públicos da FSCMP, permitindo identificar características do fenômeno, que favorecerá uma melhor compreensão do mesmo, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

trata-se de uma "abordagem de investigação" que combina ou integra dados qualitativos e quantitativos. Para a identificação dos tipos de transtornos mentais apresentados pelos servidores públicos, no período de 2018/2021 (PROPOSTA DE EMENDA), será aplicada a abordagem

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

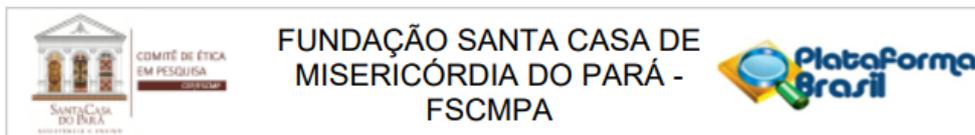
UF: PA

Município: BELEM

CEP: 66.050-380

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.381.321

quantitativa, com levantamento e análise estatística descritiva dos dados, inicialmente. A seguir, realizar-se-á a análise estatística inferencial, para determinar se entre as frequências esperada e observada há diferenças significativas por meio de um teste Qui-quadrado, para os CID-10 analisados. Será realizada, ainda, análise semelhante para verificar se as frequências por faixa etária dos servidores acometidos por transtornos mentais são significativas. Poder-se-á avaliar os cargos que são mais acometidos pelos transtornos mentais e comportamentais em comento. Já para a verificação das medidas e/ou ações de prevenção em saúde mental adotados ou não pela FSCMPA, a abordagem de coleta de dados que será utilizada é a qualitativa, análise documental e entrevistas. As entrevistas serão realizadas com os servidores lotados na CSAT, acerca da rotina do setor e do acolhimento aos servidores adoecidos mentalmente; com os servidores lotados na Gerência de Gestão de Pessoas (GESP), e que prestem atendimento a servidores; e com servidores acometidos por algum transtorno mental ou comportamental, que aceite compartilhar sua história. Para a análise documental, realizar-se-á consulta aos relatórios de gestão dos anos de 2019 (referente ao ano de 2018), 2020 (referente ao ano de 2019), 2021 (referente ao ano de 2020) e 2022 (referente a 2021), a fim de verificar a existência de práticas voltadas à prevenção em saúde mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios presentes em consonância com a resolução cns nº466/12 e resoluções complementares.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda está de acordo com o proposto e nenhuma pendência ou inadequação ética foi identificada de modo que possa inviabilizar a continuidade da pesquisa proposta.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado após reunião do colegiado.

Conforme Resolução CNS 580/18, dentre outros:

- Os procedimentos da pesquisa não deverão interferir na rotina dos serviços de assistência à saúde;

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040
Bairro: Umarizal **CEP:** 66.050-380
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)4009-2264 **E-mail:** cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.381.321

- É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo.

Conforme Resolução CNS 466/12, Capítulo XI, cabe ao Pesquisador Responsável, dentre outros:

- Aguardar a decisão de aprovação ética antes de iniciar a pesquisa;
- Desenvolver o projeto conforme delineado;
- Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- Justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados;
- Elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_192914_4_E1.pdf	10/04/2022 19:17:21		Aceito
Outros	TCUDCorrigido.pdf	10/01/2022 23:53:31	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLECorrigido.pdf	10/01/2022 23:52:55	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito
Outros	Cartarespostapendencias.docx	10/01/2022 23:52:24	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	25/10/2021 23:36:13	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoassinada.pdf	25/10/2021 23:35:23	PATRICIA SUELY CAVALCANTE NONATO	Aceito

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br



Continuação do Parecer: 5.381.321

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 02 de Maio de 2022

Assinado por:
EDNA SUELY FERREIRA LIMA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Bernal do Couto, 1040

Bairro: Umarizal

CEP: 66.050-380

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)4009-2264

E-mail: cep@santacasa.pa.gov.br